Nederlandse Zorgautoriteit

Samenvattend rapport

Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2014

Deel 2, onderdelen financiële verantwoordingen, controle declaratiestromen en Compensatie Eigen Risico

Februari 2016

Inhoud

Vooraf

Dit samenvattend rapport is het tweede deel van onze rapportage over het onderzoek naar de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door zorgverzekeraars. In november 2015 is het eerste deel van het samenvattend rapport gepubliceerd. Dat ging vooral over de naleving van de zorgplicht, acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en transparantie.

In dit rapport staan de juistheid van de door de zorgverzekeraars aangeleverde financiële verantwoordingen en de controle van de declaraties door de zorgverzekeraars centraal. Daarnaast is aandacht voor de uitvoering van de (inmiddels vervallen) regeling Compensatie Eigen Risico (CER) door het Centraal Administratiekantoor (CAK).

De zorg die onder de Zvw valt, wordt mede betaald uit collectieve middelen via bijdragen uit het Zorgverzekeringsfonds. Alleen declaraties van zorg die aan de wettelijke eisen van de Zvw voldoen, mogen ten laste komen van de collectieve middelen. Het onderzoek naar de rechtmatige uitvoering van de Zvw richt zich op de naleving van deze eisen en is daarmee van belang voor de betaalbaarheid van de zorg en om de zorgverzekeringspremie voor de burger betaalbaar te houden.

Het algemene beeld van de prestatiemeting 2014 die betrekking heeft op de uitvoering van de controletaken en de juiste aanlevering van de financiële verantwoordingen is positief; alle scores zijn voldoende. De ingezette verbeteringen bij de controle-activiteiten van zorgverzekeraars hebben zich in 2014 voortgezet. Dat neemt niet weg dat er nog een aantal verbeterpunten is. Daarbij gaat het vooral om diepgaander gebruik van datamining en data-analyse bij materiële controles en fraudeonderzoek. Ook de aantoonbaar betrouwbare en continue werking van de geprogrammeerde controles in het geautomatiseerde systeem blijft een aandachtspunt voor de zorgverzekeraars.

De positieve resultaten van het onderzoek 2014 vormen het uitgangspunt om de ingezette beweging naar meer principle based toezicht voort te zetten (toezicht met meer accent op doelbereik in plaats van normnaleving). Daarbij is al een aantal slagen gemaakt: zo zijn de Nadere regel Controle en administratie zorgverzekeraars en het Informatiemodel Uitvoeringsverslag (UV) Zvw 2016 meer principle based geformuleerd.

De NZa zal er op blijven toezien dat de zorgverzekeraars het huidige prestatieniveau consolideren en blijven werken aan verbeteringen. In ons toezicht daarop zijn wij voornemens dit meer thematisch en op basis van actuele ontwikkelingen (zoals wijzigingen in de regelgeving of signalen van burgers) vast te stellen.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.J. Kaljouw
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

Inleiding
Dit rapport geeft de bevindingen weer van het onderzoek naar de rechtmatige uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars in 2014 (vereveningsonderzoek). Daarbij staan de juistheid van de door de zorgverzekeraars aangeleverde financiële verantwoordingen en de controle van de declaraties door de zorgverzekeraars centraal. Daarnaast is aandacht voor de uitvoering van de (inmiddels vervallen) regeling Compensatie Eigen Risico (CER) door het Centraal Administratiekantoor (CAK).

Prestatiemeting
De NZa heeft voor de volgende vijf performance indicatoren de prestaties per zorgverzekeraar gemeten en beoordeeld:
- materiële controles (MC);
- fraudeonderzoek (voorheen misbruik en oneigenlijk gebruik);
- gepast gebruik (GG);
- geen herzieningen in financiële opgaven;
- geen herzieningen in verzekerdenopgaven.

Alleen zorg die aan de wettelijke eisen voldoet, valt onder de dekking van de Zvw en alleen de kosten van die zorg mogen worden betrokken in de risicoverevening. Het vereveningsonderzoek Zvw richt zich op de naleving van deze eisen en is daarmee van belang voor de betaalbaarheid van de zorg en om de zorgverzekeringspremie voor de burger betaalbaar te houden.

Onderstaand zijn de oordelen van de NZa opgenomen over de uitkomsten van de prestatiemeting.

Tabel 1. Performance indicatoren Zvw 2014

	materiele controle			Fraude onderzoek			Gepast gebruik			Herziening opgaven financieel			Herziening opgaven verzekerden		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Divisie Zilveren Kruis (a)	o	v	v	o	v	v	o	v	v	√	X	X (b)	√	√	√
ASR	o	v	v	v	v	v	o	v	v	√	√	X (c)	√	√	√
CZ	v	v	v	v	v	v	o	v	v	√	√	√	√	√	√
Coöperatie VGZ	o	v	v	o	v	v	o	v	v	X	√	X (d)	√	√	√
De Friesland	v	v	v	v	v	v	v	v	v	√	√	√	√	√	√
DSW	v	v	v	v	v	v	v	v	v	√	√	√	√	√	√
Eno	o	v	v	o	v	v	o	o	v	√	√	√	√	√	√
FBTO	o	v	v	o	v	v	o	v	v	√	√	√	√	√	√
Menzis	v	v	v	o	v	v	v	v	v	√	√	√	√	√	√
ONVZ	o	v	v	v	v	v	o	v	v	√	X	√	√	√	√
Zorg en Zekerheid	v	v	v	v	v	v	v	v	v	√	√	√	X	√	√

Bron: Nza

Toelichting bij de tabel:

- V=Voldoende, O=Onvoldoende, √=geen herziening nodig, X=herziening nodig.
- In 2014 waren 9 concerns actief met 26 zorgverzekeraars. Voor de prestatiemeting zijn FBTO en De Friesland (beiden onderdeel van het concern Achmea) apart beoordeeld wegens verschillen in organisatie en systemen (dus in totaal 11 metingen).

(a) In het vorige rapport aangeduid als Achmea.
(b) Voor Divisie Zilveren Kruis betreft het voor één zorgverzekeraar een herziening van één van de op te leveren financiële verantwoordingen. De herziening is opgeleverd en betrokken in het onderzoek.
(c) Voor a.s.r. betreft het één herziening van één van de op te leveren financiële verantwoordingen, en een herziening van de bestuursverklaring voor één van de andere financiële verantwoordingen. De opgeleverde herzieningen zijn in het onderzoek betrokken.
(d) Voor coöperatie VGZ betreft het voor twee zorgverzekeraars een herziening van één van de op te leveren financiële verantwoordingen. De herzieningen zijn opgeleverd en betrokken in het onderzoek.

De belangrijkste conclusies uit de prestatiemeting 2014 zijn:

Tabel 2. Belangrijkste conclusies

	Conclusie
1.	Het beeld van de prestatiemeting 2014 is positief. In 2012 was ruim de helft van het aantal oordelen voor de performance indicatoren materiele controle, fraude onderzoek en gepast gebruik nog onvoldoende. In 2013 waren op één na alle oordelen voldoende en in 2014 wordt geen enkele onvoldoende meer gescoord. Daarmee heeft de bij het vorige onderzoek geconstateerde verbetertendens zich in 2014 voortgezet.

	Conclusie
2.	Hoewel alle scores voldoende zijn, signaleert de NZa op onderdelen nog wel verbeterpunten. Daarbij gaat het onder andere om diepgaander gebruik van datamining en data analyse bij materiele controles en fraude onderzoek. Daarnaast dient de tijdigheid van de uitvoering van controles verder verbeterd te worden. Verder blijft de aantoonbaar betrouwbare en continue werking van de geprogrammeerde controles in het geautomatiseerde systeem een aandachtspunt voor de zorgverzekeraars.
3.	De NZa zal erop blijven toezien dat zorgverzekeraars het huidige niveau van controle van de declaratiestromen consolideren en blijven werken aan verbeteringen. Deze verbeteringen zien vooral op meer vooraf controleren in plaats van achteraf. In het toezicht gaan wij meer thematisch accenten leggen bij onderdelen van controletaken, waaronder intensiever gebruik van data-analyse.
4.	De positieve resultaten van het onderzoek 2014 geven de NZa voldoende basis om de ingezette beweging naar meer principle based toezicht voort te zetten. Daarbij is al een aantal slagen gemaakt: zo zijn de Nadere Regel Controle en administratie en het informatiemodel uitvoeringsverslag Zvw 2016 meer principle based (vanuit het doelbereik) geformuleerd. In het toezicht zijn wij ook voornemens om meer in te spelen op actuele ontwikkelingen, casuistiek en signalen van burgers.
5.	Voor de aanleveringen in 2014 (over 2014, 2013, 2012 en 2011) is een beperkt aantal herzieningen in de financiële opgaven nodig geweest. Daarnaast hebben geen herzieningen in de verzekerdenopgaven hoeven plaatsvinden. De landelijke onzekerheden die speelden ten aanzien van de financiële verantwoordingen in voorgaand jaar zijn afgewikkeld. De NZa concludeert dat de opgaven op totaalniveau met inachtneming van de nauwkeurigheidstolerantie van 3% juist zijn.
6.	De zorgverzekeraars hebben de correcties over 2012, die de Expertgroep Omzetonderzoek 2012-2013 msz heeft gerapporteerd[1] op grond van de zelfonderzoeken, gecorrigeerd in de jaarstaten. Door verrekening met overproducties van lumpsum– en plafondafspraken is uiteindelijk gemiddeld 18% als schadelastcorrectie teruggevorderd bij de zorgaanbieders. Op het niveau van de individuele zorgaanbieders en –verzekeraars is er sprake van grote verschillen ten opzichte van het gemiddelde van 18%. Dit wordt veroorzaakt door het individuele karakter van productieafspraken en overproducties, waar de correcties veelal mee zijn verrekend. De verwerking van de correcties over 2013 is nog niet in alle gevallen afgerond en zal volgend jaar in de jaarstaten worden verwerkt.
7.	De NZa vindt het van belang dat de kwaliteit van de administratieve organisatie en interne beheersing (AO/IB) van zorgaanbieders verbetert en daarmee onrechtmatige declaraties worden voorkomen en/of tijdig door zorgaanbieders worden gesignaleerd en gecorrigeerd. Ter stimulering van de kwaliteitsverbeteringen van de AO/IB van zorgaanbieders concludeert de NZa dat het redelijk zou zijn als correcties die uit interne controle (zoals zelfonderzoek) van de zorgaanbieder naar voren zijn gekomen, verrekend kunnen worden met eventuele overproducties. Correcties daarentegen die alléén op grond van eigen onderzoek van de zorgverzekeraars plaatsvinden, zouden naar de mening van de NZa niet verrekend moeten worden met overproducties. Dit laatste zal in de contractafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars geregeld moeten worden. Daarnaast vindt de NZa het van belang dat zorgaanbieders de betreffende correcties ook intern verwerken in de honorariumverdeling van medisch specialisten.
8.	Naar aanleiding van dit onderzoek heeft de NZa niet handhavend opgetreden vanwege de positieve resultaten van de prestatiemeting. Dit laat onverlet dat de NZa nog handhavend kan optreden richting zorgverzekeraars als op casuïstiek niveau blijkt dat uitbetaalde declaraties (uit 2014 of eerder) onvoldoende gecontroleerd zijn.

Bron: NZa

[1] Eindrapportage van Expertgroep Omzetonderzoek 2012-2013 Medisch specialistische Zorg, 11 december 2014.

Materiële controles
Alle zorgverzekeraars voeren het proces materiële controle voldoende uit. Zorgverzekeraars hebben de sinds 2012 ingezette verbeterslag in 2014 weten vast te houden. Deze verbeterslag was mede toe te schrijven aan door de NZa gesignaleerde verbeterpunten en maatregelen die zorgverzekeraars adequaat hebben opgevolgd[2].

De NZa vraagt wel nadrukkelijk aandacht voor de verdere inzet van data-analyse en datamining bij de risicoanalyse en de uitvoering van de materiële controle. Andere verbeterpunten zijn de uitbreiding van de capaciteit voor de uitvoering van materiele controles en de inzet van medisch adviseurs hierbij. Daarnaast is de koppeling tussen de risicoanalyses en de controleplannen en –maatregelen nog voor verbetering vatbaar en heeft een aantal zorgverzekeraars te kampen met achterstanden in de controle.

De NZa constateert dat de samenwerking tussen zorgverzekeraars bij fraude onderzoek, onder coördinatie vanuit ZN is geintensiveerd. Daarnaast hebben zorgverzekeraars het afgelopen jaar samengewerkt bij materiële controles in het kader van de zelfonderzoeken msz en ggz.

Naar aanleiding van ontvangen signalen is de NZa in 2015 een onderzoek gestart naar de naleving van privacyvoorschriften door zorgverzekeraars. De resultaten van het onderzoek worden in het voorjaar van 2016 gepubliceerd.

Fraudeonderzoek
Alle zorgverzekeraars voeren het proces fraudeonderzoek voldoende uit. Ten opzichte van vorig jaar hebben de zorgverzekeraars de fraudebestrijding verder verbeterd en op een hoger niveau gebracht. Aandacht voor diepgaander gebruik van datamining en daaraan gekoppeld de juiste capaciteit (kwantitatief en kwalitatief) blijft geboden. Andere verbeterpunten die wij in ons onderzoek bij specifieke zorgverzekeraars constateren zijn onder andere het uitvoeren van fraude onderzoek op basis van risico analyse en het verbeteren van de managementinformatie over fraudeonderzoeken.

Gepast gebruik
Alle zorgverzekeraars hebben zich voldoende ingespannen op het gebied van gepast gebruik. De verbeteringen die in 2013 zijn gerealiseerd hebben zich gestabiliseerd. Resterende verbeterpunten liggen vooral op het gebied van diepgaander gebruik van spiegelinformatie, statistische analyse en datamining. Zorgverzekeraars hebben een start gemaakt met datamining. De datamining-tools moeten nog breder uitgerold worden en analyses verdiept.

Formele controles
De aantoonbaar betrouwbare en continue werking van de geprogrammeerde controles in het geautomatiseerde systeem blijft een aandachtspunt voor de zorgverzekeraars. Vanuit het oogpunt van adequate interne beheersing is het van belang dat zorgverzekeraars dit op orde hebben.

Proces wanbetalers
Bij de uitvoering van het proces wanbetalers heeft de NZa bij de meeste zorgverzekeraars op basis van vooral kennisname van de verantwoordingsinformatie, geen tekortkomingen geconstateerd. Dit is

---

[2] Zie Samenvattend rapport rechtmatige uitvoering Zvw 2013, pagina 10 op www.nza.nl.

conform vorig jaar. De NZa vindt het wenselijk dat de regelgeving omtrent wanbetalers concreter wordt. Het Ministerie van VWS heeft enkele begrippen, waaronder 'voldoende inspanningen' en 'voldoende medewerking' uit artikel 34a Zvw geconcretiseerd via het wetsvoorstel *Verbetering wanbetalersmaatregelen.* Dit wetsvoorstel is in december 2015 aangenomen door de Eerste Kamer. De geconcretiseerde regelgeving (ministeriële regeling op grond van artikel 34a) zal per 1 juli 2016 of per 1 januari 2017 in werking treden.

Financiële en verzekerden opgaven
Op grond van convenantafspraken met het Zorginstituut, trekt de NZa een bestuurlijke conclusie over de juistheid van de financiële opgaven[3] en verzekerden opgaven van de zorgverzekeraars. Het Zorginstituut Nederland gebruikt deze conclusie voor zijn financieel verslag over het Zorgverzekeringsfonds en bij de vaststelling van de vereveningsbijdragen voor de zorgverzekeraars.

Voor alle zorgverzekeraars zijn bij de opgaven goedkeurende accountantsproducten afgegeven. Voor ieder van de opgaven geldt op totaalniveau dat het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie van 3% blijft. Daarmee zijn de opgaven van de zorgverzekeraars op totaalniveau, met inachtneming van de nauwkeurigheidstolerantie, juist.

Vorig jaar heeft de NZa een voorbehoud opgenomen voor haar conclusie over de opgaven Jaarstaat Zvw 2013, HKC 2011, KPV 2011, DBC-gegevens 2012 en Opbrengstverrekening 2012. Dit voorbehoud was een gevolg van landelijke onzekerheden. Aangezien deze landelijke onzekerheden zijn afgewikkeld heft de NZa haar voorbehoud van vorig jaar over de juistheid van de genoemde opgaven op.

De NZa vindt dat voor de verzekerdenadministratie criteria moeten komen voor de zorgverzekeraar bij twijfel over de verzekeringsplicht. VWS is bezig met het opstellen van een "Handreiking gerede twijfel verzekeringsplicht Zorgverzekeringswet". De NZa vindt dit positief. Van belang is dat de handreiking geformaliseerd wordt zodat de NZa deze handreiking bij de rechtmatigheidstoets kan betrekken.

Verrekening correcties aanvullend omzetonderzoek msz
De zorgverzekeraars hebben de correcties over 2012, die de Expertgroep heeft gerapporteerd op grond van de zelfonderzoeken in de msz, gecorrigeerd in de jaarstaten. Door verrekening met overproducties van lumpsum– en plafondafspraken is uiteindelijke gemiddeld 18% als schadelastcorrectie teruggevorderd bij de zorgaanbieders. De verwerking van de correcties over 2013 is nog niet in alle gevallen afgerond en zal volgend jaar in de jaarstaten worden verwerkt.

De NZa vindt het van belang dat de kwaliteit van de administratieve organisatie en interne beheersing (AO/IB) van zorgaanbieders verbetert en daarmee onrechtmatige declaraties worden voorkomen en/of tijdig door zorgaanbieders worden gesignaleerd en gecorrigeerd.
Ter stimulering van de kwaliteitsverbeteringen van de AO/IB van zorgaanbieders concludeert de NZa dat het effectief zou zijn als correcties die niet uit interne controle (zoals zelfonderzoek) van de zorgaanbieder naar voren zijn gekomen, maar op grond van eigen onderzoek van de zorgverzekeraars, niet verrekend worden met

[3] Het betreft specifieke financiële verantwoordingen die in het kader van de risicoverevening worden gebruikt. Hier valt bijvoorbeeld niet de jaarrekening van de zorgverzekeraar onder. Zie paragraaf 1.3 voor een detaillering.

overproducties. Dit zal in de contractafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars geregeld moeten worden. Daarnaast vindt de NZa het van belang dat zorgaanbieders de betreffende correcties ook intern verwerken in de honorariumverdeling van medisch specialisten.

CER
De NZa concludeert dat het CAK de werkzaamheden voor de CER in 2014 toereikend heeft uitgevoerd[4]. De NZa maakt hierbij een voorbehoud, omdat de werkzaamheden voor de statistische steekproef CER 2014 nog niet zijn afgerond. Hierdoor maakt de NZa ook een voorbehoud voor de rechtmatigheid van de in 2014 uitbetaalde CER-uitkeringen. De NZa rapporteert in een later stadium aan het Zorginstituut en de minister van VWS over haar oordeel over de rechtmatigheid van de in 2014 betaalde CER-uitkeringen.

Vooruitblik
De positieve resultaten van het onderzoek 2014 vormen het uitgangspunt om verdere invulling te geven aan meer principle based toezicht. Daarbij is al een aantal concrete stappen gezet. Zo is de Nadere regel controle en administratie geactualiseerd en meer vanuit het doelbereik geformuleerd. In lijn hiermee zijn ook de verantwoordingsvoorschriften in het informatiemodel Uitvoeringsverslag Zvw 2016 meer vanuit het doelbereik geformuleerd. De NZa zal er op blijven toezien dat de zorgverzekeraars het huidige niveau van controle van de declaratiestromen consolideren en blijven werken aan verbeteringen. In ons toezicht daarop zijn wij voornemens dit meer thematisch en op basis van actuele ontwikkelingen (zoals wijzigingen in de regelgeving of signalen van burgers) vast te stellen.

Zelfonderzoeken MSZ en GGZ
Om zekerheid te krijgen over de rechtmatigheid van de declaraties maken de zorgverzekeraars gebruik van de zelfonderzoeken die ziekenhuizen en GGZ-instellingen uitvoeren in samenwerking met alle zorgverzekeraars. De NZa heeft een aantal punten geformuleerd die van belang zijn voor dat proces. Deze punten zijn opgenomen in paragraaf 10.2.

Horizontaal toezicht
Verschillende zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben het initiatief genomen voor een nieuwe en intensievere vorm van samenwerking, waarin de borging van de kwaliteit en juistheid van declaraties vooraan in de keten is belegd. Deze arrangementen worden aangeduid als “horizontaal toezicht”: afspraken over de inrichting en controle van systemen, processen en beheersingsmethoden gericht op naleving van de wet, toezicht(beleid), contractuele verplichtingen en overige voorwaarden, ter ondersteuning van het afleggen van verantwoording daarover.

Het doel van horizontaal toezichtarrangementen is dat zorgverzekeraars kunnen volstaan met minder ingrijpende controles achteraf. Hiervoor verbinden zorginstellingen en verzekeraars hun processen zodanig met elkaar dat controles niet vaker worden uitgevoerd dan noodzakelijk om rechtmatigheid en doelmatigheid van zorgkosten te kunnen vaststellen.

De NZa staat positief tegenover deze initiatieven omdat partijen daarmee hun verantwoordelijkheid nemen voor betere beheersing van de rechtmatigheid van de zorgkosten.

---

[4] Met ingang van 1 januari 2014 is de CER afgeschaft. De NZa verricht nog uitloopwerkzaamheden uit hoofde van deze regeling.

In het eerste kwartaal van 2016 publiceert de NZa haar zienswijze op "horizontaal toezicht". De kern hiervan is dat de NZa deze initiatieven de ruimte geeft, met behoud van het rechtmatigheidstoezicht. Bij effectief gebruik van horizontaal toezicht kan de intensiteit van de toezichtactiviteiten variëren. Dit zal per individueel geval worden beoordeeld.

1. Inleiding

1.1 Doelstelling rapport

Met dit rapport informeert de NZa de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) over de uitkomsten van het onderzoek naar de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) 2014. Het rapport gaat in op:

- de prestatiemeting die de NZa in 2014 voor het derde jaar voor de Zvw heeft toegepast. Deze gaat in op vijf performance-indicatoren en is nader toegelicht in paragraaf 1.4 en in hoofdstuk 2;
- de controle op de declaratiestromen door de zorgverzekeraars. De onderdelen materiële controle, gepast gebruik en fraudeonderzoek komen terug in de hiervoor genoemde prestatiemeting;
- de uitvoering van formele controles door zorgverzekeraars;
- het proces structurele maatregelen wanbetalers;
- de juistheid van de door de zorgverzekeraars aangeleverde verantwoordingen die het Zorginstituut gebruikt als input voor het vereveningsproces (het verdeelmechanisme van het Zorgverzekeringsfonds) en de fondsverslaglegging;
- de uitvoering van de compensatieregeling eigen risico (CER) door het Centraal Administratiekantoor (CAK);
- een aantal actuele onderwerpen en ontwikkelingen in 2015.

Over de naleving van de publieke randvoorwaarden, zoals de acceptatie- en zorgplicht in de Zvw, heeft de NZa in november 2015 een afzonderlijk samenvattend rapport[5] uitgebracht.

1.2 Toezichtskader

De NZa houdt op grond van artikel 16 sub b van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars. Onderdeel hiervan is het onderzoek naar de controle door zorgverzekeraars van de declaraties van zorgaanbieders en de juistheid en volledigheid van de door zorgverzekeraars aangeleverde vereveningsinformatie.

De NZa stelt jaarlijks rapporten op met de bevindingen van het onderzoek per individuele zorgverzekeraar. Over 2014 heeft de NZa 11 rapporten opgesteld over 27[6] zorgverzekeraars:

- Divisie Zilveren Kruis: Agis, Avéro, Interpolis, OZF, Zilveren Kruis;
- A.s.r.;
- Coöperatie VGZ: Cares, IZA, IZZ, Trias[7], UMC, Univé, VGZ;
- CZ: CZ, Delta Lloyd, Ohra Ziektekostenverzekeringen, Ohra Zorgverzekeringen;
- De Friesland[8];
- DSW: DSW, Stad Holland;
- Eno;

---

[5] Samenvattend rapport Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2014, deel 1: Acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie, zorgplicht en transparantie, NZa, november 2015.

[6] Voor de prestatiemeting (zie paragraaf 1.4) gaat de NZa uit van 26 zorgverzekeraars. Dit is exclusief Trias, zie onderstaande voetnoot.

[7] Trias is in 2011 juridisch gefuseerd met VGZ. Trias heeft nog een aantal opgaven zelfstandig gerapporteerd, maar is niet betrokken in de prestatiemeting.

[8] De Friesland is onderdeel van het concern Achmea.

- FBTO[9];
- Menzis: AnderZorg, Azivo en Menzis;
- ONVZ;
- Zorg en Zekerheid.

De onderzoeksbevindingen en conclusies uit deze individuele rapporten zijn in samengevatte vorm verwerkt in dit openbare samenvattend rapport.

Het wettelijk kader voor het onderzoek Zvw is als volgt:

- Zorgverzekeringswet;
- Besluit zorgverzekering;
- Regeling zorgverzekering;
- Wet marktordening gezondheidszorg, de artikelen 35 en 36;
- NZa beleidsregels;
- Nadere regel[10] 'Regeling administratie en controle zorgverzekeraars', NZa;
- Protocol Onderzoek Zvw met oplevering in 2015, NZa;
- Regeling structurele aanlevering gegevens Zvw, Zorginstituut;
- Handboek Zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringswet 2015, Zorginstituut Nederland.

1.3 Object van onderzoek

Het onderzoek is verricht naar de volgende verantwoordingen[11]:

- de jaarstaat Zvw 2014, onderdeel A;
- de jaarstaat Zvw 2013, jaarlaag 2011, onderdeel A;
- de opgave hoge kosten compensatie (HKC) 2011;
- de opgave kosten per verzekerde (KPV) 2011;
- de opgave DBC gegevens 2013;
- de opgave farmaciegegevens 2014;
- de opgave hulpmiddelengegevens 2014;
- de opgave opbrengstverrekening 2012;
- de opgave verzekerde periode en persoonskenmerken 2014;
- de opgave persoonskenmerken 2015;
- jaarverslaggeving CAK 2014 (voor het onderdeel CER).

De hierbij behorende accountantsproducten zijn:

- controleverklaring bij de jaarstaat, onderdeel A;
- assurance-rapporten bij de overige financiële- en verzekerdenopgaven;
- rapport van feitelijke bevindingen over de steekproef CER.

Naast de bovengenoemde verantwoordingen heeft de NZa in het onderzoek gekeken naar de controle op de declaratiestromen. Wij hebben in de prestatiemeting de processen materiële controle, gepast gebruik en fraudeonderzoek beoordeeld. Daarnaast is onderzoek verricht naar de processen formele controle en het proces structurele maatregelen wanbetalers.

---

[9] FBTO is onderdeel van het concern Achmea.

[10] In werking getreden op 1 januari 2013. Deze regeling is geactualiseerd per 1 januari 2016.

[11] De NZa heeft in haar toezicht geen rol op het gebied van de jaarrekeningen van zorgverzekeraars.

1.4 Openbaarmaking performance indicatoren

Voor de volgende vijf performance indicatoren zijn de prestaties per zorgverzekeraar gemeten en wordt de uitkomst openbaar gemaakt in dit rapport:

- materiële controles (MC);
- fraudeonderzoek (voorheen misbruik en oneigenlijk gebruik);
- gepast gebruik (GG);
- geen herzieningen in financiële opgaven;
- geen herzieningen in verzekerdenopgaven.

Bovenstaande indicatoren zijn ongewijzigd ten opzichte van het onderzoek over 2013. Vanuit het oogpunt van transparantie heeft de NZa voor de uitvoering van materiële controle, fraudeonderzoek en gepast gebruik normenkaders ontwikkeld en kenbaar gemaakt. De normenkaders zijn in bijlage 1 opgenomen. De uitkomsten van de prestatiemeting zijn opgenomen in hoofdstuk 2 van dit rapport.

Nadere context indicatoren
De Zvw kent gereguleerde marktwerking. Kernelementen hierbij zijn toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Om de toegankelijkheid te borgen, hebben zorgverzekeraars voor de basisverzekering een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie. Om verschillen in het risicoprofiel van het verzekerdenbestand te corrigeren, worden zorgverzekeraars voor kosten van bepaalde zorg en voor bepaalde kenmerken van verzekerden gecompenseerd via een bijdrage uit de verevening. Deze bijdrage wordt betaald uit het Zorgverzekeringsfonds. Alleen zorg die aan de wettelijke eisen van de Zvw voldoet is verzekerd conform deze wet en wordt verevend. Er zijn formele eisen (bijvoorbeeld juist tarief en zorg geleverd aan een bij de zorgverzekeraar verzekerd persoon) en er zijn materiële eisen (is de zorg feitelijk geleverd en is de patiënt redelijkerwijs op de geleverde zorg aangewezen).

De performance indicatoren die de NZa in de prestatiemeting hanteert, richten zich op de naleving van bovenstaande eisen. Wanneer er niet aan de voorwaarden wordt voldaan, is er sprake van onrechtmatigheid. Van fraude in de zorg wordt gesproken, indien sprake is van opzettelijk gepleegde onrechtmatige feiten, die ten laste komen van voor de zorg bestemde middelen.

1.5 Maatregelen NZa

Naar aanleiding van dit onderzoek heeft de NZa niet handhavend opgetreden vanwege de positieve resultaten van de prestatiemeting. Dit laat onverlet dat de NZa richting zorgverzekeraars nog handhavend kan optreden als op casuïstiek niveau blijkt dat uitbetaalde declaraties (uit 2014 of eerder) onvoldoende gecontroleerd zijn.

1.6 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 geeft de uitkomsten van de prestatiemeting Zvw weer. In de hoofdstukken 3 tot en met 5 komen de afzonderlijke processen uit de prestatiemeting aan bod: materiële controle, fraudeonderzoek en gepast gebruik. Hoofdstuk 6 en 7 gaan in op de processen formele controles en structurele maatregelen wanbetalers. In hoofdstuk 8 komt de juistheid van de verantwoordingen voor de verevening naar voren. Hoofdstuk 9 gaat in op de CER. Het rapport sluit in hoofdstuk 10 af met een aantal ontwikkelingen in 2015 en actuele onderwerpen.

2. Prestatiemeting Zvw 2014

2.1 Uitkomsten

De NZa heeft over 2014 voor het derde achtereenvolgende jaar een prestatiemeting voor de rechtmatige uitvoering Zvw uitgevoerd. De indicatoren waarop de prestatiemeting is gebaseerd zijn:

– materiële controle, zie hoofdstuk 3;
– fraudeonderzoek, zie hoofdstuk 4;
– gepast gebruik, zie hoofdstuk 5;
– geen herzieningen in financiële opgaven, zie hoofdstuk 8;
– geen herzieningen in opgaven verzekerdenstanden, zie hoofdstuk 8.

De onderstaande tabel vermeldt de uitkomsten.

Tabel 2.1 Performance-indicatoren Zvw 2014

	MC	Fraude onder zoek	GG	Geen herziening opgaven financieel	Geen herziening opgaven verzekerden
Divisie Zilveren Kruis	V	V	V	X[12]	√
a.s.r.	V	V	V	X[13]	√
CZ	V	V	V	√	√
Coöperatie VGZ	V	V	V	X[14]	√
De Friesland	V	V	V	√	√
DSW	V	V	V	√	√
Eno	V	V	V	√	√
FBTO	V	V	V	√	√
Menzis	V	V	V	√	√
ONVZ	V	V	V	√	√
Zorg en Zekerheid	V	V	V	√	√

Bron: NZa

Toelichting op de tabel
Een 'V' staat voor voldoende en een 'O' voor onvoldoende uitvoering van een proces. Een '√' bij geen herziening van de opgaven betekent dat er geen herziening heeft hoeven plaatsvinden. Een 'X' betekent dat dit wel heeft plaatsgevonden.

In 2014 waren 9 concerns actief met 26 zorgverzekeraars. Voor de prestatiemeting zijn FBTO en De Friesland (beiden onderdeel van het concern Achmea) apart beoordeeld wegens verschillen in organisatie en systemen (dus in totaal 11 metingen).

[12] Voor Divisie Zilveren Kruis betreft het voor één zorgverzekeraar een herziening van één van de op te leveren financiële verantwoordingen. De herziening is opgeleverd en betrokken in het onderzoek.
[13] Voor a.s.r. betreft het één herziening van één van de op te leveren financiële verantwoordingen, en een herziening van de bestuursverklaring voor één van de andere financiële verantwoordingen. De opgeleverde herzieningen zijn in het onderzoek betrokken.
[14] Voor coöperatie VGZ betreft het voor twee zorgverzekeraars een herziening van één van de op te leveren financiële verantwoordingen. De herzieningen zijn opgeleverd en betrokken in het onderzoek.

Zienswijze zorgverzekeraars
De zorgverzekeraars zijn in de gelegenheid gesteld een zienswijze te geven over de publicatie van de performance indicatoren in dit samenvattend rapport. De zorgverzekeraars hebben ingestemd met openbaarmaking of hebben geen expliciete zienswijze verstrekt.

2.2 Belangrijkste conclusies

De belangrijkste conclusies uit de prestatiemeting 2014 zijn:

Tabel 2.2 Belangrijkste conclusies

	Conclusie
1.	Het beeld van de prestatiemeting 2014 is positief. In 2012 was ruim de helft van het aantal oordelen voor de performance indicatoren materiele controle, fraude onderzoek en gepast gebruik nog onvoldoende. In 2013 waren op één na alle oordelen voldoende en in 2014 wordt geen enkele onvoldoende meer gescoord. Daarmee heeft de bij het vorige onderzoek geconstateerde verbetertendens zich in 2014 voortgezet.
2.	Hoewel alle scores voldoende zijn, signaleert de NZa op onderdelen nog wel verbeterpunten. Daarbij gaat het onder andere om diepgaander gebruik van datamining en data analyse bij materiele controles en fraude onderzoek. Daarnaast dient de tijdigheid van de uitvoering van controles verder verbeterd te worden. Verder blijft de aantoonbaar betrouwbare en continue werking van de geprogrammeerde controles in het geautomatiseerde systeem een aandachtspunt voor de zorgverzekeraars.
3.	De NZa zal erop blijven toezien dat zorgverzekeraars het huidige niveau van controle van de declaratiestromen consolideren en blijven werken aan verbeteringen. Deze verbeteringen zien vooral op meer vooraf controleren in plaats van achteraf. In het toezicht gaan wij meer thematisch accenten leggen bij onderdelen van controletaken, waaronder intensiever gebruik van data-analyse.
4.	De positieve resultaten van het onderzoek 2014 geven de NZa voldoende basis om de ingezette beweging naar meer principle based toezicht voort te zetten. Daarbij is al een aantal slagen gemaakt: zo zijn de Nadere Regel Controle en administratie en het informatiemodel uitvoeringsverslag Zvw 2016 meer principle based (vanuit het doelbereik) geformuleerd. In het toezicht zijn wij ook voornemens om meer in te spelen op actuele ontwikkelingen, casuistiek en signalen van burgers.
5.	Voor de aanleveringen in 2014 (over 2014, 2013, 2012 en 2011) is een beperkt aantal herzieningen in de financiële opgaven nodig geweest. Daarnaast hebben geen herzieningen in de verzekerdenopgaven hoeven plaatsvinden. De landelijke onzekerheden die speelden ten aanzien van de financiële verantwoordingen in voorgaand jaar zijn afgewikkeld. De NZa concludeert dat de opgaven op totaalniveau met inachtneming van de nauwkeurigheidstolerantie van 3% juist zijn.
6.	De zorgverzekeraars hebben de correcties over 2012, die de Expertgroep Omzetonderzoek 2012-2013 msz heeft gerapporteerd[15] op grond van de zelfonderzoeken, gecorrigeerd in de jaarstaten. Door verrekening met overproducties van lumpsum– en plafondafspraken is uiteindelijk gemiddeld 18% als schadelastcorrectie teruggevorderd bij de zorgaanbieders. Op het niveau van de individuele zorgaanbieders en –verzekeraars is er sprake van grote verschillen ten opzichte van het gemiddelde van 18%. Dit wordt veroorzaakt door het individuele karakter van productieafspraken en overproducties, waar de correcties veelal mee zijn verrekend. De verwerking van de correcties over 2013 is nog niet in alle gevallen afgerond en zal volgend jaar in de jaarstaten worden verwerkt.

[15] Eindrapportage van Expertgroep Omzetonderzoek 2012-2013 Medisch specialistische Zorg, 11 december 2014.

	Conclusie
7.	De NZa vindt het van belang dat de kwaliteit van de administratieve organisatie en interne beheersing (AO/IB) van zorgaanbieders verbetert en daarmee onrechtmatige declaraties worden voorkomen en/of tijdig door zorgaanbieders worden gesignaleerd en gecorrigeerd. Ter stimulering van de kwaliteitsverbeteringen van de AO/IB van zorgaanbieders concludeert de NZa dat het redelijk zou zijn als correcties die uit interne controle (zoals zelfonderzoek) van de zorgaanbieder naar voren zijn gekomen, verrekend kunnen worden met eventuele overproducties. Correcties daarentegen die alléén op grond van eigen onderzoek van de zorgverzekeraars plaatsvinden, zouden naar de mening van de NZa niet verrekend moeten worden met overproducties. Dit laatste zal in de contractafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars geregeld moeten worden. Daarnaast vindt de NZa het van belang dat zorgaanbieders de betreffende correcties ook intern verwerken in de honorariumverdeling van medisch specialisten.
8.	Naar aanleiding van dit onderzoek heeft de NZa niet handhavend opgetreden vanwege de positieve resultaten van de prestatiemeting. Dit laat onverlet dat de NZa nog handhavend kan optreden richting zorgverzekeraars als op casuïstiek niveau blijkt dat uitbetaalde declaraties (uit 2014 of eerder) onvoldoende gecontroleerd zijn.

Bron: NZa

3. Materiële controles

3.1 Inleiding

Het proces van uitvoering van materiële controles is één van de performance-indicatoren van de prestatiemeting voor 2014.

Materiële controles richten zich op twee aspecten:
- of de gedeclareerde prestatie feitelijk is geleverd;
- of de gedeclareerde prestatie het meest was aangewezen[16] gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.

In het Protocol onderzoek Zvw stelt de NZa eisen aan de uitvoering van materiële controles door zorgverzekeraars. Deze eisen zijn onder andere het voldoen aan de bepalingen in de Regeling Zorgverzekering (RZ), het hanteren van een risicogeoriënteerd plan van aanpak, onderbouwing van de gekozen controlemethoden en inzet van controlemiddelen, tijdige uitvoering van de controles, betrekken van signalen, klachten en afwijkende declaratiepatronen, het analyseren van de uitkomsten en inzetten van vervolgacties.

Bij het onderzoek naar materiële controles heeft de NZa getoetst of zorgverzekeraars voldoen aan het vastgestelde toetsingskader zie bijlage 1, tabel B.1.

3.2 Bevindingen

De in voorgaande jaren ingezette opwaartse lijn van de verbetering van de opzet en uitvoering van materiële controle heeft zich in 2014 voortgezet.

De uitkomsten van de prestatiemeting voor de performance indicator *materiële controles* zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 3.1 Performance indicator materiële controle

Materiële controle	Totaal aantal zorgverzekeraars	Divisie Zilveren Kruis	a.s.r.	CZ	De Friesland	DSW	Eno	FBTO	Menzis	ONVZ	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgverzekeraars	n=26	5	1	4	1	2	1	1	3	1	6	1
Oordeel NZa	n=11	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V

Bron: NZa

Uit de prestatiemeting blijkt dat bij alle 11 metingen over 2014 de uitvoering van de materiële controles voldoende was.

[16] Dit komt overeen met het begrip 'redelijkerwijs aangewezen' zoals in hoofdstuk 5 Gepast gebruik is gehanteerd.

Organisatie
Bij de onderzoeken van de afgelopen jaren was het belangrijkste verbeterpunt bij het onderdeel organisatie de hoeveelheid ingezette capaciteit. Ook de inzet van medisch adviseurs bij materiële controles was bij meerdere zorgverzekeraars te beperkt.

Er bestaat geen wettelijke of een door de NZa uitgewerkte kwantitatieve en kwalitatieve norm voor de capaciteit van materiële controle. De capaciteit moet in samenhang bezien worden met de inrichting van de administratieve organisatie en de wijze waarop onderkende risico's worden afgedekt. De capaciteit moet toereikend zijn om de onderkende risico's te kunnen detecteren en afdekken via het uitvoeren van materiële controles ook als het gaat om het tijdig onderzoeken en afwikkelen van ontvangen en gegenereerde signalen.

De NZa constateert bij het onderzoek 2014 dat de capaciteit voor uitvoering van materiële controles bij een aantal zorgverzekeraars nog een punt van aandacht is tegen de achtergrond van de onderkende en af te dekken risico's. Bij een enkele zorgverzekeraar betrof dit de inzet van de medisch adviseurs.

De NZa constateert dat de afdelingen die verantwoordelijk zijn voor de materiële controles vaak zelf geen medisch adviseurs in dienst hebben en dat zij deze expertise moeten betrekken van andere afdelingen, veelal zorginkoop. Hierdoor bestaat er een afhankelijkheid met mogelijke ongewenste consequenties voor de planning van onderzoeken.

Plan van aanpak en risicoanalyse
Bij meerdere zorgverzekeraars zijn verbeterpunten geconstateerd voor de risicoanalyses en de daaraan gekoppelde controleplannen en controle-instrumenten. De audittrail behoeft aandacht, vooral voor wat betreft het afdekken van onderkende risico's met controlemaatregelen. Daarnaast zijn het actueel houden en de volledigheid van de risicoanalyses aandachtspunten.

Uitvoering van de controles
Meerdere zorgverzekeraars moeten de uitvoering van de materiële controle verbeteren. Bij deze zorgverzekeraars is geconstateerd dat het gebruik van controletechnieken zoals systematische analyses, datamining en spiegelinformatie verder moet worden ontwikkeld. Bij enkele van deze zorgverzekeraars is aandacht gevraagd voor de verbetering van de kwaliteit van de materiële controle door de volmachten. Bij een aantal zorgverzekeraars moeten achterstanden in de controle worden ingelopen.

Vervolgacties en evaluatie
Bij een aantal zorgverzekeraars zijn verbeteringen aan de orde gekomen voor de registratie en evaluatie van de controleresultaten. Het betreft hierbij met name de vastleggingen van de voortgang en uitkomsten van controles.

Managementinformatie
De zorgverzekeraars hebben over het algemeen de management-informatie over materiële controle op orde.

Samenwerking in ZN-verband
Zoals ook opgenomen in het rapport 2013 vindt de NZa het van belang dat zorgverzekeraars, net als op het gebied van onderzoek voor

zorgfraude, voor de opzet en uitvoering van formele en materiële controles in voldoende mate met elkaar samenwerken.[17]

De NZa constateert vooruitgang in de samenwerking voor controles onder aansturing en coördinatie vanuit ZN. Voorbeelden hiervan zijn de review van de zelfonderzoeken in de MSZ en GGZ.

In ZN-verband worden de ontwikkelingen op het gebied van "horizontaal toezicht" nader uitgewerkt. In 2010 hebben de zorgverzekeraars in afstemming met bestuurders van ziekenhuizen een visie op controle in de keten ontwikkeld. Deze visie komt erop neer dat er sprake moet zijn van een goede declaratie en dat de controle daarop idealiter zo vroeg mogelijk in de keten plaatsvindt. De zorgverzekeraars zijn momenteel bezig dit concreet verder uit te werken in het kader van 'horizontaal toezicht', waarbij de 'oude' visie de basis vormt en waarbij nadrukkelijk de afstemming met ketenpartners wordt gezocht.

Op het gebied van de formele en materiele controle vindt geleidelijk meer samenwerking plaats tussen zorgverzekeraars, bijvoorbeeld voor de declaratiecontrole voor farmacie.

Vervolgacties NZa
Naar aanleiding van ons onderzoek 2013 hebben de zorgverzekeraars diverse verbeteringen voor de opzet en uitvoering van de materiële controles doorgevoerd. Mede hierdoor ziet de NZa nu geen aanleiding om nadere maatregelen te treffen.

3.3 Conclusie

De prestatiemeting 2014 wijst uit dat de zorgverzekeraars het proces materiële controle voldoende uitvoeren. De NZa constateert dat de zorgverzekeraars, mede naar aanleiding van de door de NZa gesignaleerde verbeterpunten en genomen maatregelen, de uitvoering van de materiële controles op een hoger niveau hebben gebracht. Resterende aandachtspunten (voor sommige zorgverzekeraars) zijn: de verdere inzet van data-analyse en datamining, onvoldoende capaciteit en onvoldoende inzet van medisch adviseurs, en het inlopen van achterstanden bij de uitvoering van materiele controles. De NZa verwacht van de betreffende zorgverzekeraars dat zij de gesignaleerde resterende verbeterpunten over 2014 adequaat oppakken en implementeren.

[17] Voor zover dit mogelijk is binnen de grenzen van de Mededingingswet.

4. Fraudeonderzoek

4.1 Inleiding

Zorgverzekeraars hebben een belangrijke rol in het bestrijden van misbruik en oneigenlijk gebruik, ook wel aangeduid als fraudebestrijding of fraudeonderzoek. Bepalingen voor fraudeonderzoek zijn onder meer opgenomen in de Regeling Zorgverzekering en in de Regeling controle en administratie zorgverzekeraars (TH/NR-001). Het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland hebben in het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit normen gesteld.

Fraudeonderzoek is één van de performance indicatoren van de prestatiemeting voor 2014.

Bij het onderzoek naar het proces van fraudebestrijding heeft de NZa getoetst of en in welke mate zorgverzekeraars voldoen aan het vastgestelde toetsingskader (zie bijlage 1, tabel B.2).

4.2 Bevindingen

Follow up 2013
De NZa constateert dat de zorgverzekeraars de noodzakelijke verbeteringen adequaat hebben opgepakt. De uitvoering van fraudebestrijding is in 2014 in het algemeen op een hoger niveau gebracht.

Performance-indicator fraudeonderzoek
De uitkomsten van de prestatiemeting voor de performance indicator fraudeonderzoek zijn weergegeven in onderstaande tabel:

Tabel 4.1 Performance-indicator fraudeonderzoek

Fraude-onderzoek	Totaal aantal zorgverzekeraars	Divisie Zilveren Kruis	a.s.r.	CZ	De Friesland	DSW	Eno	FBTO	Menzis	ONVZ	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgverzekeraars	n=26	5	1	4	1	2	1	1	3	1	6	1
Oordeel NZa	n=11	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V

Bron: NZa

Organisatie
De NZa heeft in de afgelopen jaren geconstateerd dat de capaciteit voor fraudeonderzoeken bij veel zorgverzekeraars te beperkt was en heeft zorgverzekeraars hierop aangesproken. Dit heeft geleid tot uitbreiding van de capaciteit bij de zorgverzekeraars.

Het bevorderen van het integriteits- en fraudebewustzijn bij medewerkers is als verbeterpunt gerapporteerd in het rapport 2013. Het is niet alleen van belang dat dit bewustzijn bij fraude-afdelingen bestaat, maar ook bijvoorbeeld bij afdelingen zoals inkoop, administratie en controle. Het huidige onderzoek laat zien dat aan verbetering van de voorlichting aandacht is besteed.

De organisatie van fraudebestrijding is bij de zorgverzekeraars over het algemeen op orde. Bij nog maar enkele zorgverzekeraars is een enkel verbeterpunt gerapporteerd.

Controle-aanpak
In de Regeling controle en administratie zorgverzekeraars en het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit van het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland zijn bepalingen opgenomen voor een planmatige aanpak van de fraudeonderzoeken.

Evenals over 2013 constateert de NZa dat zorgverzekeraars een voldoende aanpak kennen voor fraudeonderzoeken. Dit komt zowel door de eerder door de NZa gevraagde verbetermaatregelen als door de op het Protocol Verzekeraars en Criminaliteit ingestelde Monitor (self-assesment).

Bij meerdere zorgverzekeraars zijn verbeterpunten gerapporteerd, vooral over het meer op basis van risicoanalyse uitvoeren van fraudeonderzoeken en het hierop baseren van de controle-aanpak. Zorgverzekeraars baseren hun fraudeonderzoeken vooral op ontvangen signalen van vermoedens van fraude. In mindere mate worden onderzoeken ingesteld gericht op risico's.

Bij enkele zorgverzekeraars is geconstateerd dat de in het Protocol Verzekeraars & Criminaliteit voorgeschreven tweejaarlijkse audit op naleving van het protocol niet heeft plaatsgevonden. Deze zorgverzekeraars zullen deze audit alsnog uitvoeren.

Uitvoering en registratie
Alle zorgverzekeraars maken bij de uitvoering van fraudeonderzoeken nog onvoldoende gebruik van datamining. Bij meerdere zorgverzekeraars is dit aspect als verbeterpunt gerapporteerd. Ook de aanpak en uitvoering van interne fraude behoeft meer aandacht. Bij meerdere zorgverzekeraars is in de rapportage aandacht besteed aan de prioritering van in te stellen fraudeonderzoeken en de onderbouwing van afwegingen waarom geen onderzoek wordt ingesteld. Een aantal zorgverzekeraars zijn aangesproken op het verbeteren van de registratie van fraudesignalen.

Managementinformatie
De managementinformatie bij de zorgverzekeraars is over het algemeen van voldoende niveau. Bij een aantal zorgverzekeraars heeft de NZa aanbevelingen gedaan ter verbetering van de managementinformatie.

Ontwikkelingen Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
Het Kenniscentrum Fraudebeheersing van ZN ontplooit activiteiten om de uitvoering en de samenwerking tussen de zorgverzekeraars op het gebied van fraudebeheersing te verbeteren.

In het najaar van 2015 is opnieuw de Monitor op de naleving van het Protocol Verzekeraars & Criminaliteit uitgevoerd in de vorm van een self-assessment. Verdere ontwikkelingen bij ZN zijn:

- Het inrichten van een portaal Raadpleging Integriteit Zorgaanbieders (RIZ). Gelet op de verplichting van individuele zorgverzekeraars op basis van de Wet op het financieel toezicht (artikel 3:10) en het Protocol Verzekeraars & Criminaliteit (artikel 1.2c) moeten zorgverzekeraars de integriteit van zorgaanbieders toetsen, alvorens een relatie aan te gaan of de relatie te verlengen. Hiervoor is in 2015 een pilot uitgevoerd waarbij door

Vektis een portaal is ontwikkeld dat toegang biedt tot het AGB-, BIG- en insolventieregister. Na een positieve evaluatie is besloten het portaal verder te ontwikkelen zodat meer bronnen worden aangesloten. Zorgverzekeraars beoordelen op basis van de informatie uit de diverse via het portaal toegankelijke bronnen of er risico's zijn en zo ja, welke beheersmaatregelen aangewezen zijn.
- Het verkennen of een gezamenlijke onafhankelijke onderzoeksunit van toegevoegde waarde kan zijn voor de aanpak van fraude.
- Het verbeteren en ontwikkelen van opleidingen voor coördinatoren fraudebeheersing en fraudecontactpersonen. De opleiding voor de coördinatoren fraudebeheersing is gecertificeerd voor het RCF (register coördinator fraudebeheersing).

Controle- en zorgfraudecijfers Zorgverzekeraars Nederland
Jaarlijks publiceert Zorgverzekeraars Nederland controle- en fraudecijfers van de gezamenlijke zorgverzekeraars. Uit de door ZN gepubliceerde cijfers in juli 2015, blijkt dat er over 2014 sprake is van een stijgende tendens in zowel de uitkomsten van controles als in de uitkomsten van fraudeonderzoeken.

Zorgverzekeraars voeren controles uit voorafgaand aan de betaling van declaraties van zorgaanbieders. Met deze controles is in 2014 voor circa € 2 miljard aan onterechte declaraties tegengehouden. Door controles die achteraf aan de uitbetaling plaatsvinden is € 449 mln gecorrigeerd (2013 € 329 mln.) Deze stijging is mede toe te schrijven aan de resultaten uit de zelfonderzoeken MSZ die door enkele zorgverzekeraars in de opgave aan ZN zijn verwerkt.
Fraudeonderzoek heeft voor bijna € 53 mln. (2013 27,3 mln.) aan onrechtmatige declaraties opgeleverd voor de Zvw, aanvullende verzekeringen en AWBZ. Hiervan is aan daadwerkelijke fraude, waarbij opzet is bewezen, een bedrag van € 18,7 mln. (2013 € 9,4 mln.) vastgesteld. De stijging in de geconstateerde fraude is grotendeels toe te schrijven aan fraude met het pgb (AWBZ) waarbij voor een bedrag van € 13 mln. aan fraude is vastgesteld. ZN rapporteert als bewezen fraude voor de Zvw over 2014 een bedrag van € 4,6 mln. Dit is nagenoeg gelijk aan het bedrag over 2013.

Vervolgacties NZa
De NZa blijft de ontwikkelingen op het gebied van de fraudebeheersing bij de zorgverzekeraars nauwlettend volgen. Wij beoordelen procedureel op systeemniveau of de zorgverzekeraars de processen van fraudebeheersing voldoende uitvoeren. Bovendien beoordelen wij bij geselecteerde casussen of bij (vermeende) overtredingen van de Wmg en Zvw, of de zorgverzekeraars[18] voldoende activiteiten ontplooien om fraude tegen te gaan en maatregelen instellen.

4.3 Conclusie

De NZa constateert dat de zorgverzekeraars de uitvoering van de processen van fraudebestrijding in 2014 verder hebben verbeterd. Zoals aangegeven in het samenvattend rapport 2013 is dit mede een gevolg van het positieve effect dat uitgaat van de monitor en audit op grond van het Protocol Verzekeraars & Criminaliteit. Ook maatregelen van de NZa

[18] Het toezicht kan bij de casuïstiek ook betrekking hebben op de vraag of de zorgverzekeraar geen onrechtmatige in rekening gebrachte tarieven betaalt of vergoedt (art. 35 lid 3 Wmg).

naar aanleiding van onderzoeken in voorgaande jaren hebben hieraan bijgedragen. Voor alle zorgverzekeraars komt de NZa tot een voldoende oordeel voor fraudebestrijding. Aandacht voor de inzet van datamining, en daaraan gekoppeld de juiste capaciteit (kwantitatief en kwalitatief) blijft geboden.

5. Gepast gebruik

5.1 Inleiding

‘Gepast gebruik van zorg’ betekent dat een verzekerde zorg krijgt die medisch noodzakelijk, proportioneel en (kosten-)effectief is. Van ongepast gebruik van zorg is sprake als zorgverleners patiënten onder- of overbehandelen, bijvoorbeeld als een arts te snel een (dure) behandeling inzet terwijl dit niet nodig is, of als hij een ineffectieve behandelmethode toepast. Gepast gebruik van zorg is van belang voor zowel de patiënt als voor de burger, omdat hiermee onnodig hoge kosten en daarmee onnodige stijgingen van de zorgpremie worden voorkomen.

Het terugdringen van ongepast gebruik vergt een meervoudige aanpak en commitment van vele betrokkenen: het is een gedeelde verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten. Vanuit deze gedachte hebben onder meer de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), ZN, ZonMw, Zorginstituut en de NZa op 24 april 2014 het Tweede convenant Gepast gebruik van zorg afgesloten. Daarin is de intentie verwoord om samen gepaste zorg te bevorderen en ongepaste zorg tegen te gaan, vooral door de opgebouwde kennis en ervaring op dit vlak intensief te delen en breed bekend te maken. Dergelijke sectorbrede initiatieven leveren een belangrijke bijdrage aan het verhelderen en toepasbaar maken van het begrip ‘gepast gebruik’.

Bij de formele en materiële controle dient de zorgverzekeraar declaraties van zorgaanbieders op de volgende aspecten te toetsen:

Aspecten van gepast gebruik	Controle
De gedeclareerde zorg voldoet, voor zover van toepassing, aan de indicatievoorwaarden zoals gesteld in de Zvw.	Formele controle
De gedeclareerde zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk (effectieve zorg).[19]	Formele en materiële controle
De verzekerde is redelijkerwijs aangewezen op de gedeclareerde zorg gezien zijn of haar gezondheidssituatie (medische noodzaak en principes van ‘stepped care’).[20]	Materiële controle

Bron: NZa

Sinds 2010 besteedt de NZa extra toezichtaandacht aan gepast gebruik. In 2012 heeft de NZa een normenkader Gepast gebruik opgesteld, met 12 toetsingspunten voor de onderdelen *stand van wetenschap en praktijk* en *redelijkerwijs aangewezen* (zie bijlage 1, tabel B.3.).

5.2 Bevindingen

De belangrijkste bevindingen uit het onderzoek zijn:

---

[19] Volgens het Besluit Zorgverzekering (artikel 2.1, lid 2) is een prestatie die niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk geen verzekerde prestatie. Onder andere het Zorginstituut Nederland publiceert regelmatig nadere standpunten over of verrichtingen voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.
[20] Besluit Zorgverzekering (artikel 2.1, lid 3). ‘Stepped care’ betekent dat een behandeling niet intensiever is dan nodig. Complexere interventies worden pas toegepast als eenvoudige interventies onvoldoende resultaat hebben.

De uitkomsten van de prestatiemeting voor de performance indicator gepast gebruik staan weergegeven in tabel 5.1. Hieruit blijkt een bestendiging van de verbeteringen die in 2013 zijn gerealiseerd, mede naar aanleiding van het onderzoek over 2012. In dat jaar scoort meer dan tweederde van de zorgverzekeraars nog onvoldoende. In 2013 scoorde nog 1 verzekeraar onvoldoende; in 2014 scoren alle verzekeraars voldoende. De bewustwording en het gedrag van zorgverzekeraars op het vlak van gepast gebruik heeft zich dus positief ontwikkeld.

Tabel 5.1 Performance indicator gepast gebruik

Gepast gebruik	Totaal aantal zorgverzekeraars	Divisie Zilveren Kruis	a.s.r.	CZ	De Friesland	DSW	Eno	FBTO	Menzis	ONVZ	VGZ	Zorg en Zekerheid
Aantal zorgverzekeraars	n=26	5	1	4	1	2	1	1	3	1	6	1
Oordeel NZa	n=11	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V

Bron: NZa

Positieve bevindingen zijn dat de meeste zorgverzekeraars gepast gebruik in de risicoanalyses betrekken, dat zij controles op gepast gebruik uitvoeren en dat er platforms functioneren binnen de organisatie waar betrokkenen van verschillende disciplines (bijvoorbeeld zorginkoop, materiële controle, medisch adviseurs) de risicoanalyses en bevindingen van controles met elkaar doornemen. Binnen dit positieve totaalbeeld is nog wel veel ruimte voor verdere ontwikkeling. Bij de meeste zorgverzekeraars zijn nog verbeterpunten geconstateerd. De belangrijkste verbeterpunten zijn:

Gepast gebruik in de risicoanalyse
Alle zorgverzekeraars maken risicoanalyses (per zorgsoort) die worden gebruikt bij het opstellen van de controleplannen voor formele en materiële controle. Bij een aantal zorgverzekeraars moet het aspect gepast gebruik beter worden opgenomen in die risicoanalyses.
Verbeterpunten zijn:

- risicoanalyses van gepast gebruik uitbreiden naar *alle* zorgsoorten;
- de standpunten van het Zorginstituut Nederland over *stand van wetenschap en praktijk* aantoonbaar verwerken in de risicoanalyses en zichtbaar in de controles betrekken.

Meer in het algemeen ziet de NZa een gap-analyse als een goed middel om de volledigheid van de risicoanalyse periodiek te toetsen.[21]

Tijdige controle op gepast gebruik
Het uitgangspunt bij materiële controle is dat de controles zoveel als mogelijk over het jongste verantwoordingsjaar worden uitgevoerd. Dat is niet altijd mogelijk vanwege de (lange) doorlooptijd van sommige declaratieprocessen (MSZ en GGZ) en vanwege de omvang van de schademassa die nodig is om mogelijk ongepast gebruik effectief te detecteren.

[21] Onder gap-analyse wordt verstaan een confrontatie van de controlepunten die voortkomen uit wet- en regelgeving, standpunten Zorginstituut, etc. met de controlepunten die zijn opgenomen in de risicoanalyses en de controleaanpak.

Een aantal zorgverzekeraars moet de tijdigheid van de controles op gepast gebruik verbeteren. Enkelen hebben pas aan het eind van het verantwoordingsjaar een controleplan opgesteld. Hierdoor is het niet mogelijk om gedurende het jaar al planmatig de mogelijke controles op gepast gebruik uit te voeren (en de risicoanalyse en controleaanpak op basis van de bevindingen zo nodig bij te stellen). Bij een andere zorgverzekeraar is onvoldoende beschikbaarheid van medisch geschoold personeel de belemmerende factor voor tijdige controle. De zorgverzekeraar heeft dit probleem wel onderkend, maar nog niet opgelost.

Gebruik van spiegelinformatie, statistische analyse en datamining
Om mogelijk ongepast gebruik te signaleren in de schadedata gebruiken zorgverzekeraars spiegelinformatie, statistische analyse en datamining. De ene zorgverzekeraar is daar verder mee gevorderd dan de ander. Deze analysetechnieken vergen onder meer veel kennisintensief ontwikkelwerk, goede schadedata en capaciteit voor follow up (bijvoorbeeld: nader onderzoek en dossiercontrole door de medisch adviseur; gebruik van de controlebevindingen in het inkoopproces). Veel zorgverzekeraars hebben een ICT-tool aangeschaft om datamining te kunnen uitvoeren en experimenteren hiermee bij één of enkele zorgsoorten. Enkele zorgverzekeraars zoeken de samenwerking hierbij, bijvoorbeeld met het doel om over betere spiegeldata te beschikken.

De NZa constateert dat op dit vlak nog veel te winnen is, bijvoorbeeld door de datamining-tool breder in te zetten en de analyses te verdiepen. De NZa zou graag zien dat deze controletechnieken met voortvarendheid worden doorontwikkeld en snel een vaste plek krijgen in de controleaanpak van de zorgverzekeraars. Dit kan bijdragen aan een grotere efficiëntie en effectiviteit van de controleaanpak.

Vervolgacties NZA
De NZa heeft bij diverse zorgverzekeraars verbeterpunten aangegeven voor het proces.

5.3 Conclusie

Uit de prestatiemeting 2014 blijkt dat alle zorgverzekeraars zich voldoende hebben ingespannen op het gebied van gepast gebruik. Bij de meeste zorgverzekeraars zijn verbeterpunten geconstateerd, vooral op het gebied van het gebruik van spiegelinformatie, statistische analyse en datamining.

6. Formele controles

6.1 Inleiding

Het doel van formele controles is het toetsen of de gedeclareerde zorg voldoet aan de geldende regelgeving. Voorbeelden van dergelijke controles zijn of:

- de zorg is geleverd aan een bij de zorgverzekeraar Zvw-verzekerd persoon;
- de aanspraak valt binnen de verzekerde prestaties van de Zvw (basisverzekering);
- de zorg is geleverd door een bevoegde zorgaanbieder/behandelaar;
- de zorg is gedeclareerd tegen het juiste tarief.

6.2 Bevindingen

Follow up 2013

Uit het vorige onderzoek bleek dat diverse zorgverzekeraars problemen hadden met het aantonen van de betrouwbare en continue werking van de in opzet aanwezige geprogrammeerde controles. Bijvoorbeeld omdat de toegangsbeveiliging en het change management niet adequaat functioneerden. Ook kan het zijn dat de zorgverzekeraar geen goed zicht heeft op welke risico's precies afgedekt worden via geprogrammeerde controles. De NZa heeft er toen bij meerdere zorgverzekeraars op aangedrongen om de betrouwbare en continue werking van de geprogrammeerde controles te verbeteren. Hoewel zorgverzekeraars verbeteringen hebben aangebracht, blijft dit een belangrijk aandachtspunt dat opgepakt moet worden.

Bevindingen 2014

Zorgverzekeraars dienen te beschikken over een controleplan waarin de uitvoering van controles is beschreven. Dit plan is gebaseerd op een risicoanalyse. Bij meerdere zorgverzekeraars heeft de NZa opmerkingen gemaakt over de risicoanalyse. Deze opmerkingen hebben betrekking op het zorgdragen dat risico's (aantoonbaar) zijn ondervangen door controlewerkzaamheden, het actueel houden van risicoanalyses en de volledigheid van de risicoanalyses.

De NZa vindt het belangrijk dat zorgverzekeraars in grote mate gebruik maken van geautomatiseerde controles. Gezien de grote hoeveelheid declaraties is het vanuit oogpunt van adequate interne beheersing van belang dat zorgverzekeraars dit op orde hebben. Te meer omdat de vaak gekozen vervangende controlemaatregel - het uitvoeren van statistische steekproeven - geen optimaal instrument is voor formele controles. De belangrijkste bezwaren die de NZa hier tegen heeft zijn:

- de formele controles van de declaraties worden achteraf uitgevoerd, vanuit interne beheersing is dit een minder geschikt instrument;
- de formele toetsingspunten zijn dusdanig omvangrijk en complex van aard dat het zeer de vraag is of alle risico's en toetsingspunten voor de formele controles toereikend via een steekproef kunnen worden afgedekt.

Het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen of en op welke wijze hij gebruik maakt van geautomatiseerde declaratieverwerking en geprogrammeerde controles. Bij veel zorgverzekeraars heeft de NZa als verbeterpunt geformuleerd dat zij inzicht moeten krijgen in de huidige

opzet en werking van de geprogrammeerde systeemcontroles. En dat zij op basis van een gap-analyse moeten bepalen of en zo ja op welke wijze de toetsingspunten uit wet- en regelgeving die niet in het systeem zijn opgenomen, worden afgedekt (bijvoorbeeld via een query of steekproef). De betreffende zorgverzekeraars moeten daarbij afwegen of de toetsingspunten die niet zijn opgenomen als systeemcontroles, alsnog als geprogrammeerde controle worden toegevoegd aan de geautomatiseerde declaratieverwerking.

Ook De Nederlandsche Bank (DNB) heeft recentelijk onderzoek gedaan naar aspecten van en rondom de declaratiesystemen bij een aantal zorgverzekeraars. De NZa zal de uitkomsten van dit onderzoek meenemen in haar volgende onderzoek.

Vervolgacties NZa
De NZa heeft bij diverse zorgverzekeraars verbeterpunten aangegeven voor het proces.

6.3 Conclusies

Uit de (hoofdzakelijk gegevensgerichte) controles op de declaratieverwerking blijkt dat zorgverzekeraars de formele controles in het algemeen toereikend uitvoeren. Een belangrijk aandachtspunt blijft de aantoonbaar betrouwbare en continue werking van de geprogrammeerde controles in het geautomatiseerde systeem.

7. Structurele maatregelen wanbetalers

7.1 Inleiding

Zorgverzekeraars met wanbetalers in hun verzekerdenbestand kunnen hiervoor een wanbetalersbijdrage ontvangen (artikel 34a Zvw).
Deze wanbetalersbijdrage dient om te voorkomen dat de zorgverzekeraar de verzekerde royeert vanwege het niet-betalen van de nominale premie. De wanbetalersbijdrage wordt verstrekt vanaf het moment dat een premieachterstand is ontstaan ter grootte van zes maandpremies. De eerste zes maanden zijn voor het risico van de zorgverzekeraar.

Om een wanbetalersbijdrage te ontvangen moet aan een aantal voorwaarden zijn voldaan. De belangrijkste zijn dat de zorgverzekeraar bij een betalingsachterstand van twee respectievelijk vier maanden de zogenaamde tweede- en vierdemaandsbrieven moet versturen aan wanbetalers, en de bij die brieven voorgeschreven acties (aanbieden betalingsregeling, wijzen op de mogelijkheid van schuldhulp, splitsing van de polis) dient uit te voeren. Ook dient de verzekeraar inspanningen te verrichten om de premie te innen. Daarnaast moet de verzekeraar medewerking verlenen aan activiteiten die erop gericht zijn de schuld aan de zorgverzekeraar af te lossen. Zorgverzekeraars handelen bij de uitvoering van de wanbetalersregeling overeenkomstig het Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet van Zorgverzekeraars Nederland.

De NZa houdt toezicht op de juiste uitvoering van deze activiteiten door zorgverzekeraars als onderdeel van het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw. In het Uitvoeringsverslag Zvw 2014 leggen zorgverzekeraars verantwoording af over de naleving van de Wet Structurele Maatregelen Wanbetalers. De accountant van de zorgverzekeraar doet hiernaar onderzoek en geeft zijn bevindingen weer in het Rapport van feitelijke bevindingen bij het Uitvoeringsverslag.

7.2 Bevindingen

Follow up 2013
Vorig jaar heeft de NZa bij de meeste zorgverzekeraars geen tekortkomingen geconstateerd in het proces wanbetalers. Daar waar wel tekortkomingen zijn geconstateerd, zijn deze inmiddels opgelost.

Bevindingen onderzoek 2014
De NZa heeft het onderzoek vooral verricht op basis van kennisname van de verantwoordingsinformatie. Bij de meeste zorgverzekeraars heeft de NZa geen tekortkomingen geconstateerd. Bij een beperkt aantal zorgverzekeraars heeft de NZa een aantal kleine tekortkomingen geconstateerd die de betreffende zorgverzekeraars naar de toekomst toe moeten verbeteren.

Aanpassing regelgeving
De NZa heeft aan VWS aangegeven dat het wenselijk is concreter te formuleren op welke wijze artikel 34a, tweede lid, onderdeel b en c, van de Zvw door de zorgverzekeraars moet worden uitgevoerd. De in dat artikel opgenomen formulering dat zorgverzekeraars voldoende

inspanningen leveren tot incasso van de premie en voldoende medewerking verlenen aan de mogelijkheid om te komen tot aflossing van de schuld, biedt zonder nadere precisering een te weinig concreet toetsingskader. VWS heeft de regelgeving geconcretiseerd. Daarbij is onder andere verhelderd wat wordt verstaan onder de begrippen 'voldoende inspanningen' tot inning van de premie en 'voldoende medewerking' bij het tot stand komen van een betalingsregeling die leidt tot aflossing van de schuld. Het wetsvoorstel *Verbetering wanbetalersmaatregelen* is in december 2015 aangenomen door de Eerste Kamer. De geconcretiseerde regelgeving (ministeriele regeling op grond van artikel 34a) zal per 1 juli 2016 of per 1 januari 2017 in werking treden.

7.3 Conclusie

De NZa heeft geconcludeerd dat de bevindingen uit het onderzoek niet leiden tot een vermindering van het compensatiebedrag dat de zorgverzekeraars van Zorginstituut Nederland ontvangen.

8. Financiële en verzekerden opgaven

8.1 Overzicht opgaven

Dit hoofdstuk heeft betrekking op de vereveningsopgaven van de zorgverzekeraars die de NZa betrokken heeft in het onderzoek Zvw 2014.

Het bestuur van de zorgverzekeraar is verantwoordelijk voor het opstellen van de verantwoordingen. De accountant controleert en onderzoekt de verantwoordingen en geeft afhankelijk van het type verantwoording een controleverklaring of assurance-rapport af. De NZa voert een review uit op de werkzaamheden van de accountant en voert aanvullend ook een aantal eigen onderzoekswerkzaamheden uit. Dit betreft onder meer het beoordelen van bestuursverklaringen, het uitvoeren van cijferanalyses en het beoordelen van de opvolging van rapportagepunten uit voorgaande rapportage(s).

De NZa trekt een bestuurlijke conclusie over de juistheid van deze opgaven aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut gebruikt deze conclusie voor zijn financieel verslag over het Zorgverzekeringsfonds en bij de vaststelling van de budgetbijdragen voor de zorgverzekeraars[22].

2014
Voor 2014 hebben de zorgverzekeraars tien verantwoordingen opgeleverd inclusief bestuursverklaring en accountantsproduct. Onderstaand is een overzicht van de opgaven opgenomen, het soort accountantsproduct en de strekking van het accountantsproduct.

Tabel 8.1 Overzicht opgaven en accountantsproduct

	Opgaven	Datum	Accountantsproduct en strekking (voor alle zorgverzekeraars gelijk)
1.	Jaarstaat 2014, onderdeel A	1 mei 2015	Goedkeurende controleverklaring
2.	Jaarstaat 2013, jaarlaag 2011 onderdeel A	1 juli 2015	Goedkeurende controleverklaring
3.	HKC 2011	1 juli 2015	Goedkeurend assurance-rapport
4.	KPV 2011	1 juli 2015	Goedkeurend assurance-rapport
5.	DBC-gegevens 2013	1 juni 2015	Goedkeurend assurance-rapport
6.	Farmaciegegevens 2014	1 juni 2015	Goedkeurend assurance-rapport
7.	Hulpmiddelengegevens 2014	1 juni 2015	Goedkeurend assurance-rapport
8.	Opbrengstverrekening 2012	1 oktober 2015	Goedkeurend assurance-rapport
9.	Verzekerde periode en persoonskenmerken 2014	1 juni 2015	Goedkeurend assurance-rapport
10.	Persoonskenmerken 2015	1 juni 2015	Goedkeurend assurance-rapport

Bron: NZa

[22]Voor nadere informatie over de risicoverevening wordt verwezen naar de website van het Zorginstituut Nederland: www.zorginstituutnederland.nl/verzekering/risicoverevening+zvw

Een aantal zorgverzekeraars heeft een herziening moeten aanleveren (zie paragraaf 2.1). De herziene opgaven zijn in het onderzoek betrokken.

8.2 Afwikkeling landelijke onzekerheden

8.2.1 2011

Bij het voorgaande onderzoek was bij de opgaven 2011 voor alle zorgverzekeraars een accountantsproduct met beperking afgegeven. Het betreft de jaarstaat, onderdeel A, jaarlaag 2011, de opgave HKC 2011 en de opgave KPV 2011. Bij alle zorgverzekeraars was dezelfde onderbouwing voor deze beperking gegeven. Samengevat hadden de landelijke onzekerheden betrekking op:

- Onzekerheden in de MSZ;
- Onzekerheden in de GGZ;
- Onzekerheid in de uitvoering van de materiële controles.

De landelijke onzekerheden zijn afgewikkeld onder andere door het bestuurlijk akkoord MSZ, de convenantafspraken in de gespecialiseerde GGZ en de verduidelijking van de normen materiële controle door de NZa. Bij de heraanlevering dit jaar van de genoemde opgaven is in de betreffende bestuursverklaringen een uitgebreide toelichting over de afwikkeling van de landelijke onzekerheden opgenomen. De accountants hebben bij de heraanlevering van de genoemde opgaven in 2015 een goedkeurende controleverklaring c.q. assurance-rapport afgegeven.

8.2.2 2012/2103

Bij het voorgaande onderzoek waren voor de opgaven 2012/2013 voor alle zorgverzekeraars accountantsproducten met oordeelonthouding afgegeven. Het betreft de jaarstaat onderdeel A, jaarlagen 2012 en 2013, de opgave DBC-gegevens 2012 en de opgave opbrengstverrekening 2012. Bij alle zorgverzekeraars was in de bestuursverklaringen en accountantsproducten voor de landelijke onzekerheden dezelfde onderbouwing gegeven, te weten:

- Onzekerheden in de MSZ;
- Onzekerheden in de GGZ;
- Onzekerheid in de werking van de DOT controle module;
- Onzekerheid in de uitvoering van de materiële controles.

Jaarstaat onderdeel A, Jaarlagen 2012 en 2013
De jaarlagen 2012 en 2013 zijn opgenomen in de Jaarstaat 2014 en voorzien van een goedkeurende controleverklaring. De onzekerheden zijn afgewikkeld door onder andere het bestuurlijk akkoord MSZ, de convenantafspraken in de gespecialiseerde GGZ, de ontwikkelingen met betrekking tot de DOT controle module en de verduidelijking van de normen materiële controle door de NZa.

Opheffen voorbehoud
Voorgaand jaar heeft de NZa een voorbehoud opgenomen in haar conclusie over de opgaven Jaarstaat Zvw 2013, HKC 2011, KPV 2011, DBC-gegevens 2012 en opbrengstverrekening 2012. In bovenstaande paragrafen is de afwikkeling van de (landelijke) onzekerheden, die de grondslag gaven voor het voorbehoud, aangegeven. De NZa heft haar voorbehoud van voorgaand jaar over de juistheid van de genoemde opgaven op.

8.3 Financiële en verzekerdenopgaven

8.3.1 Jaarstaat 2014, onderdeel A

Onjuistheden en onzekerheden jaarstaat 2014, onderdeel A
Het totaal van de onjuistheden en de onzekerheden bij de jaarstaat 2014 is in onderstaande tabel opgenomen:

Tabel 8.2 Totaal onjuistheden en onzekerheden jaarstaat 2014

Jaarlaag	Onjuistheid	Onzekerheid	Percentage
2013	€ 13,5 mln.	€ 64,6 mln.	0,2%
2014	€ 4,3 mln.	€ 107,1 mln.	0,3%

Bron: NZa

De zorgverzekeraars moeten de geconstateerde nog niet gecorrigeerde onjuistheden corrigeren in de jaarstaat 2015 en de onzekerheden nader uitzoeken en indien nodig corrigeren in de jaarstaat 2015.

Correcties 2012 en verbeterpunten
De NZa heeft een aantal correcties aan het Zorginstituut geadviseerd om te betrekken bij de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage. Dit houdt verband met de kostendefinitie die het Zorginstituut hanteert: schade moet uiterlijk in jaar t+2 zijn afgewikkeld, als de declaratie voor 31 december t+2 is ontvangen. De totaalcorrecties voor jaarstaat 2014, jaarlaag 2012 die de NZa adviseert betreffen kostenverschuivingen voor circa € 9 mln. en kostencorrecties van circa €3,3 mln.

Daarnaast heeft de NZa verbeterpunten vastgesteld voor de individuele zorgverzekeraars. Deze verbeterpunten betreffen onder andere de tijdigheid en kwaliteit van uitgevoerde controles, totstandkoming foutentabellen, afwikkeling plafondafspraken en aanneemsommen, verwerking opbrengstverrekening, verwerking buitenlandnota's, tekortkomingen in procedures en de beheersing van de kwaliteit van de volmachtdata bij de zorgverzekeraars.

Verrekening correcties aanvullend omzetonderzoek MSZ
De Expertgroep van zorgverzekeraars heeft op 10 december 2014 gerapporteerd dat er over 2012 en 2013 voor in totaal € 276,6 miljoen teveel was gedeclareerd door de ziekenhuizen en de deelnemende ZBC's.

De zorgverzekeraars hebben bij de verwerking van deze correcties in de jaarstaat rekening gehouden met afgesproken lumpsum en plafondafspraken met de zorgaanbieders.

De zorgverzekeraars hebben de correcties over 2012, die de Expertgroep Omzetonderzoek 2012-2013 msz heeft gerapporteerd op grond van de zelfonderzoeken, gecorrigeerd in de jaarstaten. Door verrekening met overproducties van lumpsum- en plafondafspraken is uiteindelijk gemiddeld 18% als schadelastcorrectie teruggevorderd bij de zorgaanbieders. Op het niveau van de individuele zorgaanbieders en –verzekeraars is er sprake van grote verschillen ten opzichte van het gemiddelde van 18%. Dit wordt veroorzaakt door het individuele karakter van productieafspraken en overproducties, waar de correcties veelal mee zijn verrekend. De verwerking van de correcties over 2013 is nog niet in alle gevallen afgerond en zal volgend jaar in de jaarstaten worden verwerkt.

De NZa vindt het van belang dat de kwaliteit van de administratieve organisatie en interne beheersing (AO/IB) van zorgaanbieders verbetert en daarmee onrechtmatige declaraties worden voorkomen en/of tijdig door zorgaanbieders worden gesignaleerd en gecorrigeerd. Ter stimulering van de kwaliteitsverbeteringen van de AO/IB van zorgaanbieders concludeert de NZa dat het redelijk zou zijn als correcties die uit interne controle (zoals zelfonderzoek) van de zorgaanbieder naar voren zijn gekomen, verrekend kunnen worden met eventuele overproducties. Correcties daarentegen die alléén op grond van eigen onderzoek van de zorgverzekeraars plaatsvinden, zouden naar de mening van de NZa niet verrekend moeten worden met overproducties. Dit laatste zal in de contractafspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars geregeld moeten worden. Daarnaast vindt de NZa het van belang dat zorgaanbieders de betreffende correcties ook intern verwerken in de honorariumverdeling van medisch specialisten.

8.3.2 Opgaven verzekerden

Voor de verzekerdengegevens hebben de zorgverzekeraars de opgave verzekerde periode en persoonskenmerken 2014 en de opgave persoonskenmerken 2015 ingediend.

Onjuistheden en onzekerheden
Het totaal aan onzekerheden voor alle zorgverzekeraars bedraagt 0,1% van de opgave verzekerde periode en persoonskenmerken 2014 en 0,1% van de opgave persoonskenmerken 2015. Er zijn voor beide opgaven geen onjuistheden geconstateerd.

Verbeterpunten
Ondanks dat er weinig onzekerheden zijn en er geen onjuistheden zijn geconstateerd voor de opgaven, zijn de volgende verbeterpunten geconstateerd:

- De procesbeheersing bij in –en uitschrijving van verzekerden zal door een aantal zorgverzekeraars verder verbeterd moeten worden, met name het tijdstip van in –en uitschrijving van verzekerden.
- Het vaststellen van de verzekeringsplicht van niet-ingezetenen wordt niet consequent en niet tijdig uitgevoerd door sommige zorgverzekeraars. Dit dient een continue proces te zijn om te voorkomen dat personen onterecht verzekerd zijn.
- Bij een aantal zorgverzekeraars is geconstateerd dat bij werkdrukte functievermenging aanwezig is. Het risico rondom de bevoegdheden voor medewerkers bij mutatierechten zal goed moeten worden beheerst door middel van aanvullende controlemaatregelen.
- Zorgverzekeraars dienen de voorgeschreven peildatum voor de opgave persoonskenmerken 2015 te hanteren. Een aantal zorgverzekeraars had dit niet gedaan.

Handreiking gerede twijfel
Zorgverzekeraars hebben de wettelijke taak om het verzekerdenbestand zo zuiver mogelijk te houden. Een zuiver verzekerdenbestand is belangrijk omdat onder meer op basis van dit verzekerdenbestand een belangrijk deel van de hoogte van de vereveningsbijdrage wordt bepaald. Bij het onderzoek over 2014 is gebleken dat er onduidelijkheid is over het al dan niet uitschrijven van verzekerden in situaties dat er gerede twijfel is over het voortduren van de verzekeringsplicht. Het gaat dan om bijvoorbeeld verzekerden waarvan de post onbestelbaar retour komt, terwijl de betreffende verzekerde wel in de Basisregistratie personen (BRP) op het betreffende adres staat. De discussies gingen over de vraag of zorgverzekeraars niet een aantal handelingen moeten verrichten om

vast te stellen of betreffende verzekerden nog verzekeringsplichtig zijn en als gerede twijfel niet weggenomen kan worden of van deze verzekerden de verzekering beëindigd moet worden.

Op basis van de huidige wettekst in de Zvw is onduidelijk welke stappen een zorgverzekeraar moet zetten als bijvoorbeeld de post onbestelbaar retour komt.

De NZa is van mening dat er voor de verzekerdenadministratie criteria moeten worden geformuleerd die verduidelijken welke handelingen een zorgverzekeraar ten minste moet verrichten bij gerede twijfel over de verzekeringsplicht en welke conclusies daaruit getrokken kunnen worden. VWS is in samenwerking met de SVB bezig met het opstellen van een "Handreiking gerede twijfel verzekeringsplicht Zorgverzekeringswet". De NZa vindt dit positief. Van belang is dat de handreiking geformaliseerd wordt zodat de NZa deze handreiking bij de rechtmatigheidstoets kan betrekken en kan handhaven.

8.3.3 Overige opgaven

Voor de overige opgaven hebben wij geen specifiek noemenswaardige opmerkingen.

8.3.4 Conclusie

De NZa concludeert dat voor de opgaven het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden per opgave binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie ad 3% blijft. Dit betekent dat op individueel niveau per zorgverzekeraar en op totaalniveau de opgaven van de zorgverzekeraars , met inachtneming van de nauwkeurigheidstolerantie van 3%, juist zijn.

9. Regeling Compensatie Eigen Risico

9.1 Inleiding

Het CAK voert de tegemoetkomingsregeling CER uit. Deze regeling valt onder het Zorgverzekeringsfonds en uit dien hoofde houdt de NZa hier toezicht op. In de CER is geregeld dat bepaalde groepen chronisch zieken in aanmerking komen voor een compensatie van een gedeelte van het verplicht eigen risico. Voor de uitvoering van de CER heeft het CAK diverse gegevens nodig. Namens de zorgverzekeraars levert Vektis C.V.[23] (Vektis) hiertoe bij het CAK de persoonsgegevens aan van rechthebbenden. Het CAK beschikt zelf over de gegevens om de rechthebbenden op grond van verblijf in een AWBZ-instelling vast te stellen.

Om de NZa in staat te stellen de rechtmatigheid van de uitgaven van de CER vast te stellen, heeft de minister van VWS de jaarlijkse statistische steekproef voor de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) uitgebreid met een jaarlijkse statistische steekproef voor de CER.

De steekproef wordt in opdracht van VWS door een externe accountant uitgevoerd. De steekproef is gericht op alle ketenpartijen die bij de CER betrokken zijn (zorgverzekeraars, Vektis, CAK). De NZa ontvangt via VWS het rapport van feitelijke bevindingen van de externe accountant en voert een review uit op de uitgevoerde steekproef. De NZa vormt zelf een oordeel over de rechtmatigheid van de uitkeringen op basis van de uitgevoerde steekproef en rapporteert hierover.

Met ingang van 2014 is de compensatie eigen risico afgeschaft. Het CAK heeft nog tot eind 2014 het recht op de uitkering over 2013 vast moeten stellen voor rechthebbenden waarvan het recht op de uitkering pas na afloop van 2013 is gebleken. Na het verstrijken van de reguliere betalingstermijn kan de burger de betaling nog vorderen tot vijf jaar na het verstrijken van deze datum. Het CAK heeft voor de afhandeling hiervan in overleg met de ketenpartners en het ministerie van VWS een plan van aanpak opgesteld. In dit plan van aanpak is ook vastgelegd dat het CAK na de verjaringstermijn geen nagekomen ontvangen verzoeken meer zal uitbetalen. In juli 2014 heeft het CAK circa 2,3 miljoen burgers geïnformeerd over het afschaffen van (de Wtcg en) de CER en geattendeerd op de mogelijkheden voor fiscale aftrek en gemeentelijk maatwerk.

9.2 Bevindingen

9.2.1 Follow up bevindingen CER 2013

Uitvoering CER 2013 door het CAK
In het 'Samenvattend rapport rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2013, deel 2' maakte de NZa een voorbehoud voor het oordeel over de uitvoering door het CAK, omdat de werkzaamheden voor de statistische steekproef CER 2013 nog niet waren afgerond.

---

[23] Vektis C.V. handelt in opdracht van de zorgverzekeraars. Waar in dit rapport gesproken wordt over Vektis wordt bedoeld 'Vektis C.V., in opdracht van de zorgverzekeraars'.

Inmiddels zijn deze werkzaamheden afgerond. Op basis hiervan concludeert de NZa dat het CAK de werkzaamheden voor de CER 2013 toereikend heeft uitgevoerd.

Bevindingen rechtmatigheid CER-uitkeringen 2013
Wegens de nog niet afgeronde werkzaamheden voor de statistische steekproef CER 2013 maakte de NZa ook een voorbehoud voor de rechtmatigheid van de in 2013 betaalde CER-uitkeringen. Inmiddels zijn de werkzaamheden voor de steekproef afgerond.

De NZa concludeert dat het totaal van de geconstateerde onjuistheden en onzekerheden binnen de gestelde nauwkeurigheidstolerantie van 1% blijft. De uitbetaalde CER-uitkeringen in 2013 zijn daarmee, met inachtneming van de nauwkeurigheidstolerantie, juist en rechtmatig. De NZa heeft VWS en het Zorginstituut geïnformeerd over het oordeel over de rechtmatigheid van de CER.

9.2.2 Bevindingen uitvoering CER 2014 door het CAK

Uitkeringen door het CAK
Het CAK heeft adequate maatregelen getroffen ter waarborging van de volledige, juiste en tijdige uitkering van de CER.

Het CAK heeft in 2014 nog 2.996 toekenningsbeschikkingen afgegeven voor rechthebbenden op de CER. Door de beëindiging van de CER per 2014 is dit slechts een fractie van de € 2,2 mln. in 2013 toegekende CER uitkeringen.

Per eind 2014 is 0,5% van de beschikkingen over 2008 tot en met 2013 nog niet tot uitbetaling gekomen, omdat adres of bancaire gegevens van rechthebbenden nog ontbreken. Het CAK heeft zich voldoende ingespannen om de ontbrekende gegevens alsnog te achterhalen. Zodra deze bij het CAK bekend zijn, zal het CAK alsnog tot uitbetaling overgaan.

De afrekening met het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) geeft geen aanleiding tot het maken van opmerkingen.

Afdracht interest door het CAK
Als betaalkantoor beschikt het CAK over liquide middelen, om tijdsverschillen tussen het uitvoeren van betalingsopdrachten en de daarvoor benodigde geldmiddelen van het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) te overbruggen. De interestopbrengsten, die het CAK op de liquide middelen ontvangt, moeten volledig aan het Zvf worden afgedragen. De interest over de liquide middelen is in 2014 volledig ten gunste van het Zvf gebracht.

De werkzaamheden voor de statistische steekproef CER over 2014 zijn nog niet afgerond. Aangezien het CAK een onderdeel is van de CER-keten kan dit mogelijk nog van invloed zijn op de bevindingen CER 2014 door het CAK.

9.2.3 Bevindingen rechtmatigheid CER uitkeringen 2014

De NZa heeft ten tijde van het uitbrengen van dit samenvattend rapport nog geen review uit kunnen voeren op de uitgevoerde statistische steekproef, omdat zij het definitieve rapport van feitelijke bevindingen nog niet heeft ontvangen. Voor de NZa is het daarom nog niet mogelijk om een oordeel te geven over de rechtmatigheid van de in 2014 betaalde CER-uitkeringen. De NZa rapporteert in een later stadium aan

het Zorginstituut Nederland en de minister van VWS over haar oordeel over de rechtmatigheid van de in 2014 betaalde CER-uitkeringen.

9.3 Conclusie

Conclusie uitvoering CER 2014 door het CAK
De NZa heeft de uitvoering van de CER door het CAK in 2014 beoordeeld. De NZa concludeert op basis van de bevindingen dat het CAK de werkzaamheden voor de CER in 2014 toereikend heeft uitgevoerd. De NZa maakt hierbij een voorbehoud, omdat de werkzaamheden voor de statistische steekproef CER 2014 nog niet zijn afgerond.

Conclusie rechtmatigheid betaalde CER-uitkeringen 2014
De NZa maakt een voorbehoud voor de rechtmatigheid van de in 2014 betaalde CER-uitkeringen, aangezien de werkzaamheden voor de statistische steekproef CER 2014 nog niet zijn afgerond. De NZa rapporteert in een later stadium aan het Zorginstituut Nederland en de minister van VWS over haar oordeel over de rechtmatigheid van de in 2014 betaalde CER-uitkeringen.

10. Doorkijk 2015

10.1 Toezicht NZa

De NZa streeft naar een wijze van toezicht waarbij de resultaten die de zorgverzekeraars behalen op het gebied van controles, centraler komen te staan. We willen minder tot in detail voorschrijven *hoe* controles moeten worden uitgevoerd, maar daar waar mogelijk meer vanuit het doel dat hiermee moet worden bereikt. Tegelijkertijd willen we daarbij normen hanteren die duidelijk, transparant en handhaafbaar zijn. In het samenvattend rapport van 2013 is dit aangeduid als een meer 'principle based' vorm van toezicht. De positieve resultaten van het onderzoek 2013 en de bestendiging hiervan in 2014 zijn voor de NZa aanleiding om de beweging te maken naar meer principle based toezicht. In 2015 zijn daartoe al diverse stappen gezet. Hierbij gaat het onder andere om de geactualiseerde, meer principle based geformuleerde Nadere regel controle en administratie zorgverzekeraars en het Informatiemodel uitvoeringsverslag (UV) Zvw 2016.

De NZa zal erop blijven toezien dat de zorgverzekeraars het huidige niveau van controle van de declaratiestromen consolideren en blijven werken aan verbeteringen daarvan met eigen keuzes daarin. In ons toezicht daarop zijn wij voornemens dit meer thematisch en op basis van actuele ontwikkelingen (zoals wijzigingen in de regelgeving of signalen van burgers) vast te stellen.

De financiële verantwoordingen zullen in aanvulling op de controlewerkzaamheden van de accountants door de NZa vooral analytisch worden benaderd (cijferanalyses, verbands- en plausibiliteitscontroles), op totaalniveau van alle verzekeraars en op individueel niveau per verzekeraar. Bevindingen, signalen en meldingen zullen wij terugleggen bij de individuele zorgverzekeraars. Bij de constatering van fouten zal de NZa overwegen om formele maatregelen op te leggen.

Nadere regel Controle en administratie zorgverzekeraars
Wij hebben de Nadere regel controle en administratie zorgverzekeraars aangepast. De wijzigingen in deze regeling komen voort uit de overheveling van de normenkaders voor materiele controle, formele controle, gepast gebruik en fraudeonderzoek uit het Protocol onderzoek Zvw naar de nadere regel. Daarnaast zijn de voorschriften voor *hoe* controles moeten worden uitgevoerd minder gedetailleerd. Ook zijn de voorschriften op onderdelen aangevuld of verduidelijkt. De nieuwe versie van deze regeling is per 1 januari 2016 in werking getreden.

Informatiemodel UV Zvw 2016
In lijn met de geactualiseerde Nadere regel controle en administratie zorgverzekeraars is ook het Informatiemodel Uitvoeringsverslag UV Zvw 2016 meer principle based geformuleerd.
Dat houdt in dat de verantwoordingsvoorschriften voor de naleving van de wettelijke verplichtingen meer vanuit het doelbereik zijn geformuleerd. Het informatiemodel is in concept geconsulteerd onder de zorgverzekeraars en ZN. Het informatiemodel is gepubliceerd op de website van de NZa en in de Staatscourant.

Horizontaal toezicht
Verschillende zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben het initiatief genomen voor een nieuwe en intensievere vorm van samenwerking, waarin de borging van de kwaliteit en juistheid van declaraties vooraan in de keten is belegd. Deze arrangementen worden aangeduid als "horizontaal toezicht": afspraken over de inrichting en controle van systemen, processen en beheersingsmethoden gericht op naleving van de wet, toezicht(beleid), contractuele verplichtingen en overige voorwaarden, ter ondersteuning van het afleggen van verantwoording daarover.

Het doel van horizontaal toezichtarrangementen is dat zorgverzekeraars kunnen volstaan met minder ingrijpende controles achteraf. Hiervoor verbinden zorginstellingen en verzekeraars hun processen zodanig met elkaar dat controles niet vaker worden uitgevoerd dan noodzakelijk om rechtmatigheid en doelmatigheid van zorgkosten te kunnen vaststellen.

De NZa staat positief tegenover deze initiatieven omdat partijen daarmee hun verantwoordelijkheid nemen voor betere beheersing van de rechtmatigheid van de zorgkosten.

In de eerste helft van 2016 publiceert de NZa haar zienswijze op "horizontaal toezicht". De kern hiervan is dat de NZa deze initiatieven de ruimte geeft, met behoud van het rechtmatigheidstoezicht. Bij effectief gebruik van horizontaal toezicht kan de intensiteit van de toezichtactiviteiten variëren. Dit zal per individueel geval worden beoordeeld.

10.2 Actuele ontwikkelingen

Zelfonderzoeken MSZ en GGZ
In zowel de MSZ als in de GGZ zijn in 2015 (na gezamenlijke afspraken daarover tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars) zelfonderzoeken uitgevoerd door zorgaanbieders naar de rechtmatigheid van de zorgdeclaraties. De uitvoering van de zelfonderzoeken en de uitkomsten ervan worden gereviewed door de zorgverzekeraars, waarna in principe overeenstemming wordt bereikt over de correctie van eventuele onrechtmatige declaraties.

De verwachting is dat deze manier van werken ook in 2016 zal worden voortgezet in de MSZ en GGZ

De NZa ziet de volgende punten die van belang zijn bij het gebruik maken door zorgverzekeraars van de zelfonderzoeken van instellingen:
- Naleving van de privacyregelgeving binnen de uitvoering en dossiervorming van de review door het reviewteam van zorgverzekeraars.
- Een duidelijke *audittrail* van de door het reviewteam uitgevoerde controlewerkzaamheden, die door de interne en externe accountant gecontroleerd kan worden.
- Declaraties van instellingen die de zelfonderzoeken niet of niet voldoende hebben uitgevoerd dienen door de zorgverzekeraars aanvullend gecontroleerd te worden. Deze situaties zijn te kwalificeren als een verhoogd risico. De zorgverzekeraars dienen hierop een specifieke risicoanalyse uit te voeren.
- Vermoedens van fraude dienen door de zorgverzekeraars altijd in onderzoek te worden genomen, ook als de onrechtmatigheden door de aanbieder in het kader van het zelfonderzoek onderzocht en/of gecorrigeerd zijn.

- Correcties uit de zelfonderzoeken dienen op verzekerdenniveau gecorrigeerd te worden.

Privacy GGZ
In het najaar van 2015 is de NZa een onderzoek gestart naar de naleving van privacyvoorschriften GGZ door zorgverzekeraars. Aanleiding voor het onderzoek vormden verschillende signalen (klachten) die de NZa in 2014 en 2015 heeft ontvangen over de (onjuiste) toepassing van de privacyregeling GGZ door zorgverzekeraars.

Als verzekerden gebruik maken van de privacyregeling GGZ hoeven zorgaanbieders op de declaraties voor specialistische GGZ geen diagnose informatie, dan wel tot de diagnose te herleiden informatie, te vermelden. Verzekerden hebben daarmee de mogelijkheid om een factuur zonder medische informatie aan te laten leveren aan de zorgverzekeraar (opt-out regeling). Er zijn signalen ontvangen dat zorgverzekeraars mogelijk regelmatig ten onrechte declaraties voor GGZ afwijzen bij ontbreken van een diagnosecode. In reactie hierop heeft de NZa medio 2014 alle zorgverzekeraars een brief gestuurd waarin de privacyregeling is toegelicht. Alle zorgverzekeraars hebben bevestigd daar naar te handelen. Omdat de NZa ook na de verklaring van de zorgverzekeraars signalen is blijven ontvangen over mogelijke knelpunten is de NZa in 2015 een onderzoek gestart. In het onderzoek wordt onder andere gekeken naar de correcte toepassing van de opt-outregeling en de wijze van opvragen van verwijsbrieven (al dan niet met medische informatie).

De NZa geeft de individuele zorgverzekeraars een terugkoppeling van de resultaten van het onderzoek. Een rapportage van de resultaten op geaggregeerd niveau wordt naar verwachting in het voorjaar van 2016 gepubliceerd.

Diversen
Onder andere op het gebied van PGB, wijkverpleging, 365 dagen GGZ en ADHD zorg hebben zich gedurende 2015 een aantal specifieke uitvoeringsproblemen aangediend rondom de naleving van de rechtmatigheidsnormen. Partijen in de zorg (VWS, Zorginsitituut, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de NZa) zijn in overleg om de problemen op te lossen en de impact op de rechtmatigheid te bepalen.

Bijlage 1 Normenkaders performance indicatoren[24]

Tabel B.1. Normenkader materiële controles

	Toetsingsaspect	Norm
1	**Organisatie**: De zorgverzekeraar moet een toereikende organisatie hebben voor de opzet, uitvoering en evaluatie van de materiële controles.	1.1. De zorgverzekeraar beschikt over een administratiesysteem dat waarborgt dat de uitvoering van materiële controles en het onderzoek naar fraudesignalen adequaat wordt ondersteund. De zorgverzekeraar neemt op inzichtelijke wijze in zijn administratie op: – hoe hij zijn controle-activiteiten heeft uitgevoerd; – wat het onderwerp en object van de controle-activiteit is; – wat de resultaten zijn van die controle-activiteiten; – wat voor gevolgen hij heeft gegeven aan de uitkomsten van de materiële controles (zie ook norm 4.4). 1.2. Betrokkenheid fraudecoördinator en afdeling zorginkoop bij opzet en evaluatie van de controles. 1.3. Controleteams met voldoende medische deskundigheid. *Voldoende medische deskundigheid houdt in dat een BIG-geregistreerde medewerker voldoende kennis moet hebben van de onderwerpen die beoordeeld worden. Deze medewerker wordt betrokken bij de opzet, uitvoering en evaluatie van materiële controle en dat de detailcontroles uit de materiële controles onder supervisie van een medisch adviseur plaatsvinden.* 1.4. Voldoende controlecapaciteit en capaciteit aan medisch adviseurs in relatie tot de uitgevoerde risicoanalyse. *De risicoanalyse dient leidend te zijn voor de benodigde capaciteit en niet de beschikbare capaciteit voor de risicoanalyse.* 1.5. Controleteams waarin voldoende functiescheiding aanwezig is tussen zorginkoop en de uitvoering van materiële controles bij zorgaanbieders. *Dit houdt in dat zorginkopers niet de controles uitvoeren bij de zorgaanbieders waarvoor zij de zorginkoop verzorgen. Tevens mag zorginkoop niet zelfstandig de vervolgacties naar aanleiding van de uitkomsten van materiële controles bepalen.*
2	**Controle-aanpak:** De zorgverzekeraar heeft een algemeen en specifiek controleplan vastgesteld op basis van risicoanalyse conform de Regeling zorgverzekering.	2.1 Tijdigheid (jaarlijks voorafgaande aan de uitvoering van de controles) van het plan van aanpak voor de uitvoering van de materiële controles. 2.2 Het plan van aanpak is gebaseerd op de Regeling zorgverzekering (Staatscourant 2010 nr. 10581 d.d. 8 juli 2010). Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de algemene risicoanalyse/controleplan en de specifieke risicoanalyse(s)/controleplan(nen). 2.3 De zorgverzekeraar heeft het controledoel bepaald. Bij de bepaling van het controledoel houdt de zorgverzekeraar rekening met de gestelde betrouwbaarheids- en nauwkeurigheidseis voor de financiële vereveningsopgaven. 2.4 De risicoanalyses voor de algemene en specifieke controleplannen zijn uitgevoerd met voldoende reikwijdte en diepgang. *De algemene risicoanalyse raakt alle zorgsoorten. De algemene en specifieke risicoanalyses moeten worden opgesteld met inbreng van deskundigheid uit de verschillende organisatieonderdelen, waaronder in ieder geval zorginkoop, formele en materiële controle, de medisch adviseurs en de coördinator fraudebestrijding, als ook op basis van signalen, praktijkvariatie en klachten.*

[24] De normenkaders zijn gehanteerd bij het onderzoek Zvw 2014. Zoals in paragraaf 1.8 aangegeven zet de NZa in op een meer principle based uitwerking van de normenkaders voor materiële controle, gepast gebruik en fraude.

		2.5 In het algemene en specifieke controleplan zijn de objecten van materiële controle en de in te zetten controlemiddelen opgenomen. *De NZa verwacht dat de zorgverzekeraar specifiek ingaat op de inzet van bestandsanalyses, benchmarking/spiegelinformatie/praktijkvariatie, datamining, cijferanalyse).* 2.6 Het specifieke controleplan besteedt in opzet aandacht aan de procedurele voorwaarden voor het uitvoeren van detailcontroles. Deze procedurele voorwaarden betreffen de bepalingen uit de artikelen 7.5 tot en met 7.9 van de Regeling zorgverzekering met in het bijzonder de bescherming van de persoonsgegevens.
3	**Uitvoering:** De zorgverzekeraar heeft uitvoering gegeven aan het algemene en specifieke controleplan.	3.1. De zorgverzekeraar heeft de uitvoering van de materiële controles gericht op de vraag of de gedeclareerde zorg is geleverd. 3.2. Bij de uitvoering van de materiële controles is gebruik gemaakt van de in de controleplannen beschreven controlemiddelen. 3.3. De zorgverzekeraar heeft de materiële controle tijdig en volledig uitgevoerd conform de algemene en specifieke controleplannen of heeft afwijkingen van het plan adequaat onderbouwd en gekwantificeerd. *Tijdigheid: het uitgangspunt is dat de materiële controles zo veel als mogelijk is over het jongste verantwoordingsjaar worden uitgevoerd.* 3.4. De zorgverzekeraar heeft om de daadwerkelijke levering van gedeclareerde zorg te beoordelen, voor zover nodig om de gestelde controledoelen te behalen, gebruik gemaakt van de instrumenten detailcontrole en/of enquête (gericht op risicogebieden). 3.5. Er is afgewogen of het controleplan aangepast moet worden en/of er aanvullende materiële controles uitgevoerd moeten worden. 3.6. De zorgverzekeraar heeft de zorgaanbieder geïnformeerd over de detailcontroles en voldaan aan de procedurele voorwaarden voor het uitvoeren van detailcontroles. Deze procedurele voorwaarden betreffen de bepalingen uit de artikelen 7.5 tot en met 7.9 van de Regeling zorgverzekering met in het bijzonder de bescherming van de persoonsgegevens.
4	**Vervolgacties en evaluatie:** De zorgverzekeraar neemt vervolgacties na constatering van onregelmatigheden en verricht een evaluatie van de uitgevoerde controles.	4.1. De zorgverzekeraar heeft voor elke uitgevoerde materiële controle een foutenevaluatie opgesteld en indien noodzakelijk de (detail)controles uitgebreid. 4.2. De zorgverzekeraar heeft na constatering van onregelmatigheden een onderbouwde afweging gemaakt voor het instellen van vervolgacties. 4.3. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat alle door hem of door de accountant geconstateerde fouten tijdig worden gecorrigeerd en dat alle onzekerheden over de volledigheid en juistheid van de gegevens tijdig worden onderzocht en gekwantificeerd. 4.4. De zorgverzekeraar heeft op basis van de evaluatie van de bevindingen van de materiële controles zo nodig maatregelen getroffen richting de zorgaanbieder. *Bijvoorbeeld een waarschuwing, terugvordering (op basis van extrapolatie van de bevindingen), stelselmatige controle en de resultaten daarvan inzichtelijk maken, uitsluiten van contracteren.* 4.5. De zorgverzekeraar heeft, op basis van de evaluatie en afhankelijk van de ernst van de bevindingen, zo nodig maatregelen getroffen richting externe instanties. *Bijvoorbeeld het informeren van IGZ, het*

		indienen van een klacht bij tuchtrechter, het inlichten van de NZa, het melden aan Extern Verwijzingsregister door de coördinator fraudebestrijding. 4.6. De zorgverzekeraar heeft bij vermoeden van fraude de coördinator fraudebestrijding ingeschakeld voor het instellen van nader onderzoek. 4.7. De zorgverzekeraar heeft de conclusie getrokken en vastgelegd of het totaal aan controlebevindingen (materiële controles samen met de overige bevindingen) binnen de vastgestelde nauwkeurigheidseis voor de financiële opgaven blijft. (Nog) niet uitgevoerde controles worden hierbij aangemerkt als onzekerheid. Deze onzekerheid moet zo nauwkeurig mogelijk worden gekwantificeerd. De zorgverzekeraar is niet verplicht om zijn oordeel over de materiële controles statistisch te onderbouwen. Een kwalitatieve, in het dossier duidelijk vastgelegde onderbouwing ervan is ook mogelijk.
5	**Sturing en managementinformatie:** Het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van de controles. Hiervoor wordt managementinformatie gegenereerd.	5.1. Periodiek wordt managementinformatie gegenereerd met informatie over de voortgang, resultaten en vervolgacties van de controles. 5.2. Het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van de controles. 5.3. Het bestuur van de zorgverzekeraar rapporteert periodiek aan de Raad van Commissarissen/Raad van Toezicht over de uitvoering van de controles.

Tabel B.2. Normenkader fraudeonderzoek

	Toetsingsaspect	Norm
1	**Organisatie**: De zorgverzekeraar moet een toereikende organisatie hebben voor de bestrijding van fraude in de Zvw.	1.1. De zorgverzekeraar heeft een coördinator fraudebestrijding. Hij heeft een duidelijke functieomschrijving met aandacht voor benodigde kennis en competenties en zelfstandige bevoegdheden voor het instellen van fraudeonderzoeken. Hij informeert medewerkers actief over beleid, risico's en procedures voor de beheersing van zorgfraude en over maatregelen en resultaten. 1.2. De coördinator fraudebestrijding is betrokken bij de opzet van de risicoanalyse. 1.3. De zorgverzekeraar kent voor de uitvoering van fraudeonderzoeken een aparte afdeling voor fraudebestrijding of aanspreekpunten binnen de verschillende processen. 1.4. Er is voldoende capaciteit op de afdeling fraudebestrijding om de onderkende risico's te kunnen mitigeren via het uitvoeren van fraudeonderzoek en om ontvangen en gegenereerde signalen af te wikkelen.
2	**Controle-aanpak:** De zorgverzekeraar heeft een actueel plan van aanpak – beleidsplan/controleplan – dat gericht is op de bestrijding van fraude.	2.1 De zorgverzekeraar beschrijft in het plan van aanpak op welke wijze en met toepassing van welke instrumenten hij het controledoel zal realiseren. 2.2 De zorgverzekeraar heeft beargumenteerd aangegeven of en in welke mate het plan van aanpak voldoet aan de (inrichtings-) eisen van het Protocol verzekeraars & Criminaliteit van het Verbond van Zorgverzekeraars en het Convenant aanpak verzekeringsfraude.
3	**Uitvoering:** De zorgverzekeraar heeft uitvoering gegeven aan het plan van aanpak bestrijding van fraude.	3.1. Bij de uitvoering van de activiteiten voor de bestrijding van fraude heeft de zorgverzekeraar bestands- of systeemvergelijkingen uitgevoerd op onderkende risicogebieden van fraude. 3.2. Bij de uitvoering van de activiteiten voor de bestrijding van fraude heeft de zorgverzekeraar verdiepend vervolgonderzoek uitgevoerd op signalen of vermoedens van fraude (signalen uit de monitoring van aanbieders, de materiële controles of de bestands- of systeemvergelijkingen).

		3.3. Bij de uitvoering van de activiteiten voor de bestrijding van fraude heeft de zorgverzekeraar in voldoende mate aandacht besteed aan signalering, opsporing en afdoening van vermoeden van intern fraude. 3.4. De coördinator fraudebestrijding wordt bij alle gevallen van vermoeden van fraude ingeschakeld en is betrokken bij de evaluatie van de uitkomsten van materiële controles. 3.5. Bij geconstateerde onregelmatigheden als gevolg van fraude heeft de zorgverzekeraar onrechtmatig bestede Zvw middelen teruggevorderd/verrekend en de zorgovereenkomst aangepast/beëindigd. 3.6. Bij geconstateerde zorgfraude heeft de zorgverzekeraar melding gemaakt bij diverse instanties: het Kenniscentrum Fraudebeheersing en fraudezaken zijn geregistreerd in het Incidentenregister en Extern Verwijzingsregister. Ook is melding gemaakt bij beleidsbepalende organisaties (Ministerie VWS, Zorginstituut Nederland, NZa).
4	**Vastleggen signalen:** De zorgverzekeraar registreert signalen en onderzoek naar fraude in een database (Incidentenregister) met inzicht in aard en omvang.	4.1. Uit de administratie van de zorgverzekeraar moet blijken hoe de controle op fraudesignalen is uitgevoerd, wat de resultaten en de gevolgen zijn. 4.2. De zorgverzekeraar legt in de administratie afwegingen vast ten aanzien van: - Het niet verder onderzoeken van een signaal op basis van een risicoafweging; - Het niet instellen van een verhaalactie hoewel het resultaat van een fraudeonderzoek hier wel aanleiding toe geeft. 4.3. In de database (of verwijzingsindex of incidentenregister) ligt ten minste vast: - Welke signalen van vermoeden naar fraude betrekking hebben op de Zvw; - Welke signalen van vermoeden naar fraude betrekking hebben op verzekerden en op zorgaanbieders; - In welke mate (aard, aantallen en bedragen) sprake is van daadwerkelijk geconstateerde fraude.
5	**Sturing en managementinformatie:** Het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van de bestrijding van fraude. Hiervoor wordt managementinformatie gegenereerd.	5.1 Periodiek wordt managementinformatie gegenereerd met informatie over de voortgang, resultaten en vervolgacties van onderzoeken naar fraude. 5.2 Het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van onderzoeken naar fraude. 5.3 Het bestuur van de zorgverzekeraar rapporteert periodiek aan de Raad van Commissarissen/Raad van Toezicht over de uitvoering van de onderzoeken naar fraude.

Tabel B.3. Normenkader gepast gebruik

	Toetsingsaspect	Norm
1	**Organisatie:**	
1.1	De zorgverzekeraar zet medische adviseurs in om ongepast gebruik te signaleren en tegen te gaan.	1.1.1 De zorgverzekeraar zet medische adviseurs in om ongepast gebruik te kunnen signaleren (bijvoorbeeld bij de zorginkoop, opzet en analyse van spiegelinformatie en datamining, uitvoering van controles en vervolgacties, het bespreken van ongepast gebruik met zorgaanbieders). 1.1.2 De zorgverzekeraar beschikt over voldoende medische adviseurs met kennis van de verschillende disciplines.

			Voldoende medische deskundigheid houdt in dat een BIG-geregistreerde medewerker voldoende kennis moet hebben van de onderwerpen die beoordeeld worden.
1.2	Zorginkoop, materiële controle, medisch adviseurs, declaratieverwerking, interne controle en, rekening houdend met de onafhankelijke positie: Internal Audit, werken samen aan de bevordering van gepast gebruik.	1.2.1	Zorginkoop, materiële controle, medisch adviseurs, schadeverwerking, interne controle en, rekening houdend met de onafhankelijke positie: Internal Audit, hebben periodiek contact om de uitkomsten van de werkzaamheden en mogelijke impact op elkaars werkzaamheden en aanpak te bespreken.
2	**Controle-aanpak:**		
2.1	De zorgverzekeraar beschikt over een actueel controleplan, gebaseerd op een actuele risicoanalyse voor gepast gebruik met een mix van preventieve en repressieve (controle)maatregelen.	2.1.1	De zorgverzekeraar beschikt over een actueel controleplan voor gepast gebruik met een mix van preventieve en repressieve (controle)maatregelen. Dit controleplan kan geïntegreerd zijn met het materiële controleplan.
		2.1.2	De zorgverzekeraar heeft een actuele risicoanalyse als basis gebruikt voor het controleplan.
2.2	De zorgverzekeraar betrekt in de risicoanalyses: – de Zorginstituut Nederland standpunten op www.zorginstituutnederland.nl; – signalen vanuit externe bronnen (zoals de media, werkgroepen in het veld en verzekerden over ongepast gebruik); – uitkomsten eigen onderzoeken en controles over ongepast gebruik; – uitkomsten praktijkvariatie, datamining, spiegelinformatie, etc.; – inbreng vanuit zorginkoop en de medisch adviseurs; – het financiële belang.	2.2.1	De zorgverzekeraar betrekt de Zorginstituut Nederland standpunten (ten aanzien van de stand van wetenschap en praktijk) in de risicoanalyse.
		2.2.2	De zorgverzekeraar betrekt signalen over ongepast gebruik vanuit externe bronnen (zoals de media, werkgroepen in het veld en verzekerden) in de risicoanalyse.
		2.2.3	De zorgverzekeraar betrekt uitkomsten uit eigen onderzoek en controles over ongepast gebruik in de risicoanalyse.
		2.2.4	De zorgverzekeraar betrekt uitkomsten van praktijkvariatie, datamining, spiegelinformatie etc. over mogelijk ongepast gebruik in de risicoanalyse.
		2.2.5	De zorgverzekeraar betrekt inbreng vanuit zorginkoop en medisch adviseurs over ongepast gebruik in de risicoanalyse.
		2.2.6	In de risicoanalyse wordt het financiële belang van de schade en het mogelijke risico meegewogen.
		2.2.7	De zorgverzekeraar legt zichtbaar de totstandkoming van de risicoanalyse en de keuzes in betrokken onderwerpen vast.
		2.2.8	De zorgverzekeraar bewaakt procedureel dat nieuwe Zorginstituut Nederland standpunten, signalen vanuit externe bronnen, uitkomsten uit eigen onderzoek en controles, uitkomsten praktijkvariatie, datamining, spiegelinformatie en inbreng vanuit zorginkoop en medisch adviseurs tussentijds worden geïnventariseerd.
		2.2.9	Tussentijds update de zorgverzekeraar de risicoanalyse (op basis van de bij punt 2.2.8 geïnventariseerde nieuwe bronnen).
3	**Uitvoering en vervolgacties:**		
3.1	De zorgverzekeraar betrekt de stand van wetenschap en praktijk en redelijkerwijs aangewezen zichtbaar in de zorginkoop bij zorgaanbieders.	3.1.1	De zorgverzekeraar maakt een zichtbare afweging of en welke behandelingen (op welke gronden) selectief ingekocht (gaan) worden.
		3.1.2	De zorgverzekeraar stelt specifieke voorwaarden bij de zorginkoop/contractering over de stand van wetenschap en

		praktijk en redelijkerwijs aangewezen. 3.1.3 De zorgverzekeraar legt in het contract afspraken over controle en verantwoording vast.
3.2	De zorgverzekeraar controleert en handhaaft de contractuele afspraken met de zorgaanbieders.	3.2.1 De zorgverzekeraar controleert de naleving van contractuele afspraken periodiek. 3.2.2 De zorgverzekeraar neemt, op basis van de uitkomsten van de controle op naleving van contractuele afspraken, vervolgacties richting de zorgaanbieder.
3.3	De zorgverzekeraar bepaalt het machtigingenbeleid, mede in relatie tot gepast gebruik.	3.3.1 De zorgverzekeraar maakt een zichtbare afweging of en voor welke specifieke behandelingen aanbieders met het oog op gepast gebruik machtigingen aan moeten (gaan) vragen.
3.4	De zorgverzekeraar formuleert maatregelen in de polisvoorwaarden om controle en handhaving van de stand van wetenschap en praktijk en redelijkerwijs aangewezen te bevorderen.	3.4.1 In de polisvoorwaarden zijn maatregelen geformuleerd om de controle en naleving van de stand van de wetenschap en praktijk en redelijkerwijs aangewezen te bevorderen.
3.5	De zorgverzekeraar zet spiegelinformatie, statistische analyse en datamining in om afwijkingen in declaratiepatronen te constateren (praktijkvariatie).	3.5.1 De zorgverzekeraar maakt structureel gebruik van spiegelinformatie en statistische analyses om ongepast gebruik te signaleren. 3.5.2 De zorgverzekeraar heeft een datamining tool geïmplementeerd en zet structureel datamining in om ongepast gebruik te signaleren
3.6	De zorgverzekeraar onderneemt actie op basis van de uitkomsten vanuit spiegelinformatie, statistische analyse en datamining.	3.6.1 De zorgverzekeraar neemt vervolgacties op basis van de uitkomsten vanuit spiegelinformatie, statistische analyse en datamining.
3.7	Gepast gebruik wordt zichtbaar meegenomen in de formele en materiële controles.	3.7.1 De zorgverzekeraar maakt in het controleplan een zichtbare afweging of en zo ja welke formele controles ingericht worden op gepast gebruik en voert deze controles in overeenstemming met het controleplan uit. 3.7.2 De zorgverzekeraar maakt in het controleplan een zichtbare afweging welke materiële controles ingericht worden op gepast gebruik en voert deze controles in overeenstemming met het controleplan uit. 3.7.3 De zorgverzekeraar licht indien hier aanleiding toe bestaat medische dossiers voor de controle.
4	**Sturing en managementinformatie:**	
4.1	Het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van preventieve en repressieve (controle)maatregelen op het gebied van gepast gebruik. Hiervoor wordt managementinformatie gegenereerd.	4.1.1 Periodiek wordt managementinformatie gegenereerd met informatie over de voortgang, resultaten en vervolgacties van de controles. 4.1.2 Het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van de activiteiten op het gebied van gepast gebruik 4.1.3 Het bestuur van de zorgverzekeraar rapporteert periodiek aan de Raad van Commissarissen of de Raad van Toezicht over de uitvoering van de activiteiten op het gebied van gepast gebruik.